

Santé mentale des étudiants immigrants et leur utilisation des services de santé mentale dans les pays à revenus élevés

THÈSE DE MAÎTRISE



Christelle Dombou

Professeur superviseur : Dr. Sanni Yaya

Version soumise : Novembre 2021

Thèse soumise dans le cadre des exigences du programme de
Maîtrise en Sciences interdisciplinaires de la santé

Faculté des Sciences de la santé

Université d'Ottawa

TABLE DES MATIÈRES

Préface	V
Remerciements	VII
RÉSUMÉ/ABSTRACT.....	VII
LISTE DES FIGURES	X
LISTE DES TABLEAUX.....	XII
LISTE DES ANNEXES	XIII
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	XIII
PLAN DE LA THÈSE	XV
<i>CHAPITRE I - INTRODUCTION.....</i>	<i>1</i>
<i>CHAPITRE II - REVUE DE LA LITTÉRATURE.....</i>	<i>4</i>
2.1. Immigration et santé mentale.....	4
2.1.1. Processus de migration.....	4
2.1.2. La santé mentale des immigrants.....	5
2.1.3. Effets de l'immigrant en bonne santé	6
2.2. Les facteurs de risque liés aux maladies mentales chez les immigrants.....	7
2.2.1. Faible soutien social et familial.....	7
2.2.2. Les effets du chômage, de la sous-employabilité et de la pauvreté.....	9
2.2.3. Le stress de l'acculturation	10
2.3. Barrières à l'utilisation des services de santé par les immigrants.....	11
2.3.1. Défis culturels et expériences prémigratoires.....	11
2.3.2. Barrières linguistiques	12
2.3.3. Enjeux liés aux compétences culturelles des professionnels de santé.....	14
2.3.4. Barrières logistiques, manque de connaissance sur les services disponibles.....	15
2.4. Situation des étudiants immigrants	16
2.4.1. Statistiques	16
2.4.2. Problématique : la santé mentale des étudiants étrangers	18
<i>CHAPITRE III - MÉTHODOLOGIE</i>	<i>22</i>
1.1. Justification de la méthode	22
3.2. Étape 1 - Identification de la question de recherche et des objectifs.....	23
3.3. Étape 2 : Identification des études pertinentes	25
3.3.1. Sources de données.....	25
3.3.2 Critères d'éligibilité.....	26
3.3.2.1. Critères d'inclusion	26

3.3.2.2. Critères d'exclusion.....	29
3.4. Étape 3 - Sélection des études	30
3.5. Étape 4 - Extraction des données.....	35
3.6. Étape 5 - Rassembler, résumer et rapporter les données.....	35
CHAPITRE IV- RÉSULTATS.....	37
4.1. Caractéristiques générales des études.....	37
4.1.1 Année et lieu des études	37
4.1.2. Méthodologies employées	37
4.1.3. Mesures et instruments utilisés	38
4.2. Caractéristiques des échantillons et des participants.....	39
4.2.1. Taille de l'échantillon.....	39
4.2.2. Origine des participants.....	40
4.2.3. Âge des participants	41
4.2.4. Sexe des participants	41
4.2.5. Cadre et groupes cibles	42
4.3. Types de problèmes rencontrés par les étudiants immigrants.....	42
4.3.1. Les problèmes psychologiques	43
4.3.2. Les problèmes liés aux facteurs de stress socioculturel et linguistique	43
4.3.3. Les problèmes liés au stress éducatif/académique	44
4.3.4. Les problèmes personnels ou relationnels	45
4.3.5. Les problèmes liés à discrimination/racisme/stigma	45
4.3.6. Les problèmes pratiques/financiers	46
4.4. Services de santé mentale	47
4.5. Barrières à l'utilisation des services de santé mentale	50
4.5.1. Barrières attitudinales	51
4.5.2. Barrières culturelles.....	53
4.5.3. Barrières liées à la connaissance	54
4.5.4. Barrières structurelles, pratiques/logistiques	55
4.5.5. Barrières sociales/relationnelles	56
4.6. Facilitateurs à l'utilisation des services de santé mentale	57
4.6.1. Facilitateurs attitudinaux.....	58
4.6.2. Facilitateurs culturels.....	59
4.6.3. Facilitateurs liés à la connaissance	60
4.6.4. Facilitateurs structurels ou pratiques/logistiques	61
4.6.5. Facilitateurs sociaux/relationnels	61
4.7. Recommandations	62
4.7.1. Éducation, promotion et sensibilisation	63
4.7.2. Collaborations.....	65
4.7.3. Approches thérapeutiques recommandées	65
4.7.4. Recommandations pratiques.....	67
4.7.5. Futures recherches	67
CHAPITRE V : DISCUSSION/CONCLUSION	68

2.1. Discussion des résultats généraux	68
5.2. Limites de l'étude.....	72
5.3. Interdisciplinarité de la recherche	74
5.4. Conclusion	75
Bibliographie	77
ANNEXES	90
Annexe A - Stratégie de recherche	90
Annexe B - Table supplémentaire : Description détaillée des études incluses	92
Annexe C - Liste des mesures utilisées	Error! Bookmark not defined.

PRÉFACE

Ce travail est une revue de portée qui n'a pas nécessité d'approbation éthique, car il s'agissait d'une revue d'études primaires. Christelle Dombou (premier auteur) et Sanni Yaya ont décidé ensemble des grandes lignes de cette étude. À chaque étape clé, les membres du comité consultatif de thèse (Dre Sarah Fraser et Dr. Jude Mary Cenat) ont été consulté afin d'apporter des suggestions, des commentaires et leur approbation pour la suite. La sélection, l'extraction et l'analyse des données ont été essentiellement fait par Christelle Dombou et Olumuyiwa Omonaiye (deuxième auteur). Christelle Dombou a fait une synthèse narrative des résultats de la revue et a rédigé le manuscrit écrit, y compris le résumé, l'introduction, la méthodologie, les résultats, la discussion et les conclusions. Ensuite, Sanni Yaya a relu le manuscrit original et a apporté des commentaires, avant que la version finale ne soit envoyée à tous les auteurs.

REMERCIEMENTS

La thèse est un travail ardu qui demande l'engagement, la patience et la persévérance. Il est évident que la réalisation de ce travail de recherche n'aurait pas été possible sans la contribution des personnes à qui j'aimerais témoigner ma gratitude. Tout d'abord, j'aimerais remercier mon directeur de thèse, Dr. Sanni Yaya, pour son encadrement, sa patience, sa disponibilité et surtout ses précieux conseils, qui ont été des catalyseurs ayant alimenté les réflexions menant à l'accomplissement de ce travail. J'aimerais aussi adresser mes sincères remerciements à mes accompagnateurs et membres du comité consultatif de thèse, les professeurs Sarah Fraser et Jude Mary Cenat pour leurs directives qui ont aidé à cadrer et à améliorer cette recherche. Je remercie également mon collègue Olumuyiwa Omonaiye pour son aide dans la sélection des articles, l'extraction des données et pour tous ses commentaires tout au long de ce travail. Je remercie aussi tous les professeurs et pairs de l'École Interdisciplinaire des Sciences de la Santé pour leurs commentaires et critiques qui m'ont permis d'aller plus en profondeur dans mes réflexions.

Je remercie ma très chère mère pour son amour et son soutien. Sans elle, je ne serais certainement pas en train d'accomplir un tel travail. Enfin, j'aimerais remercier mes frères, mes sœurs et mes amis pour leurs encouragements quotidiens.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

[English follows]

Contexte : La santé mentale des étudiants immigrants et leur utilisation des services de santé mentale sont encore peu documentées malgré l'augmentation significative du nombre de ces étudiants dans de nombreux pays à revenu élevé.

Objectif : Cette revue de portée vise à rassembler les résultats des études afin d'identifier les barrières/facilitateurs et se documenter sur la santé mentale des étudiants immigrants et leur utilisation des services de soins de santé mentale dans les pays à revenu élevé.

Méthodes: La recherche de données a été effectuée sur les bases de données Ovid Medline, APA PsycInfo, Éducation Source, CINAHL, Web of Science et 30 études incluses selon des critères préétablis ont été retenues pour analyse.

Résultats : Les étudiants immigrants rencontrent plusieurs problèmes qui affectent leur santé mentale et préfèrent souvent s'autogérer ou avoir recours à des sources d'aide informelles. Ils utilisent moins les services de santé mentale que les étudiants nationaux, ils rencontrent plusieurs barrières à l'utilisation de tels services.

Conclusion : Ces étudiants vivent des expériences uniques et leurs besoins sont souvent non satisfaits. Afin d'améliorer leur santé mentale et leur utilisation des services de santé mentale, il faudrait prendre en compte leur expérience unique dans leur contexte de vie spécifique et avoir des approches ou des programmes d'intervention mieux adaptés.

Mots clés : Santé mentale ; étudiants immigrants ; pays à hauts revenus ; obstacles ; facilitateurs.

Background: The mental health of immigrant students and their use of mental health services is still poorly documented despite the significant increase in the number of immigrant students in many high-income countries.

Objective: This scoping review aims to bring together the results of studies to identify barriers/facilitators and to document the mental health of immigrant students and their use of mental health care services in high-income countries.

Methods: This scoping review was conducted by using Ovid Medline, APA PsycInfo, Education Source, CINAHL, Web of Science databases and 30 studies included according to pre-established criteria were selected for analysis.

Results: Immigrant's students experience many problems that affect their mental health and, they prefer to self-manage or use informal sources of help. They use mental health services less than national students and this is often due to the services' barriers they face.

Conclusion: These students have unique experiences, and their needs are often unmet. To improve their mental health and use of mental health services, their unique experience within their specific life context should be considered and more tailored approaches or intervention programs should be developed.

Key Words: Mental health; immigrant students; high-income countries; barriers; facilitators.

LISTE DES FIGURES

Figure	<u>page</u>
Figure 1 : Diagramme PRISMA	32

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	<u>page</u>
Tableau 1 : Principales barrières et facilitateurs	47

LISTE DES ANNEXES

Annexe	<u>page</u>
A. Stratégie de recherche dans Ovid Medline	88
B. Descriptions des études incluses	90
C. Liste non exhaustive des mesures et instruments	103

LISTE DES ABRÉVIATIONS

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
IRCC	Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada
ONU	Organisation des Nations Unies
OIM	Organisation internationale de l'Immigration
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
OCDE	Organisation des Coopération et de Développement Économique
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
CAPRES	Consortium d'Animation sur la Persévérance et la Réussite en Enseignement Supérieur
ELIC	Enquête Longitudinale auprès des Immigrants du Canada
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
CERIC	Institut Canadien d'Éducation et de Recherche en Counseling
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
IIE	Institut d'Éducation Internationale
USA	États Unis d'Amérique

UK	United Kingdom (Royaume-Uni)
UE	Union européenne
BCEI	Bureau Canadien de l'Éducation Internationale
RNB	Revenu national Brut
APA	Association des Psychiatrie Américaine

PLAN DE LA THÈSE

Cette thèse monographique est divisée en cinq chapitres. Le premier chapitre est une courte introduction du sujet qui montre la pertinence de la recherche. Il introduit aussi brièvement les chapitres suivants.

Le deuxième chapitre, la revue de la littérature, constitue un inventaire des études sur l'immigration, la santé mentale des immigrants en générale et des étudiants immigrants en particulier. Nous avons d'abord expliqué le processus migratoire pour mieux schématiser et visualiser les différentes étapes phares de l'immigration. Nous avons ensuite montré l'importance d'être en bonne santé mentale et les facteurs menant à la détérioration de cette santé mentale. Nous avons aussi présenté les barrières à l'utilisation des services de santé mentale que peuvent rencontrer les immigrants dans leur nouveau pays d'accueil. L'examen critique des études sur les immigrants a permis de montrer le lien réel entre l'immigration et la santé mentale, mais aussi d'observer les lacunes actuelles dans les connaissances concernant la recherche sur la santé mentale des étudiants immigrants en particulier. Nous avons donc décidé de nous pencher sur l'utilisation des services de santé mentale de ces étudiants en recensant toutes les barrières et les facilitateurs rencontrés par ces derniers dans une revue de portée.

Le chapitre trois décrit la méthodologie. Ce chapitre discute du choix et de la pertinence de la méthode choisie (revue de Portée). Comme le veut les lignes directrices des revues de portée à la suite de travaux antérieurs, nous avons cadré cette revue en répondant aux étapes du guide pour la conduite des revues de portée publiées par l'Institut Joanna Briggs (JBI) soient : l'identification de la question de recherche; l'identification des études pertinentes; la sélection des études; la mise en évidence des données; la

collecte, le résumé et la communication des résultats. Chacune de ces étapes est décrite en détail dans ce chapitre.

Le chapitre quatre présente les résultats de l'étude. Ce chapitre commence par une description générale des études examinées, des caractéristiques des participants ainsi que l'inventaire des problèmes ou défis, des services utilisés, des barrières et des facilitateurs à l'utilisation de ces services. La dernière partie de ce chapitre traite des différentes recommandations suggérées pour l'amélioration des services de santé mentale et la facilitation de leur utilisation par les étudiants immigrants.

Dans le cinquième chapitre, les principaux résultats des études sont discutés en tentant d'expliquer les attentes, les divergences et les relations établies en lien avec le problème de recherche, à la lumière de ce qui est déjà compris dans la littérature existante. Ce chapitre explore aussi des limites de l'étude, présente l'interdisciplinarité du projet et fournit des remarques finales. La bibliographie et les annexes suivent.

CHAPITRE I - INTRODUCTION

L'immigration a toujours existé et fait partie intégrante de l'histoire de l'humanité. Les causes de ces déplacements sont multiples et leurs conséquences sont des préoccupations grandissantes pour les sociétés et les individus. Avec la mondialisation, on observe une migration très accentuée dans le monde. Selon l'Organisation des Nations Unies (ONU), en mi-2020, le nombre de migrants dans le monde était d'environ 280,6 millions (1). En 2019, on observait une augmentation de 51 millions de plus qu'en 2010 (2). Selon l'Organisation Internationale de l'Immigration (OIM), la direction du flux migratoire va essentiellement des pays du Sud vers les pays du Nord, des pays sous-développés ou en développement vers les pays développés, des pays à faibles revenus vers les pays à revenus élevés (3). Selon la Banque Mondiale, les pays développés sont les pays comme le Canada, l'Australie, la France, les USA, l'Angleterre, la Chine pour ne citer que ceux-ci (4)(5). Au Canada par exemple, depuis le début de la Confédération de 1867, le pays a accueilli près de 17 millions d'immigrants provenant de différentes origines et cultures du monde (6). Selon l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), 4,58 millions de personnes étrangères résidaient en France hors Mayotte lors du recensement de 2017. Celles-ci représentaient environ 6,9% de la population. Par ailleurs, on dénombrait aussi 6,36 millions d'immigrés, soit 9,6% de la population (7). En Australie, les personnes nées à l'étranger représentent 26,8% de la population totale (8). Les étrangers ont contribué à 60% de l'augmentation de sa population : ce qui représente l'une des plus rapides augmentations au sein de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). En plus, selon les projections officielles, l'Australie devrait compter près de 40 millions d'habitants en 2050 (9).

La santé mentale étant un gage de bien-être et de bon fonctionnement des individus et des sociétés (10), les gouvernements sont conscients de son importance

pour une société saine et productive. Des études ont montré une association entre la migration et la santé mentale des immigrants (11–13). Des auteurs ont constaté qu'à leur arrivée dans les pays d'accueil, les immigrants ont souvent un meilleur état de santé (incluant la santé mentale) que les natifs: c'est ce qui a été nommé «l'effet de l'immigrant en santé» (14–17). Cet état de santé tend à se dégrader avec le temps (18–20), car le parcours migratoire apporte son lot de changements, de stress, d'adaptation, d'épreuves et d'imprévus. Tous ces facteurs mettent à risque et détériorent la santé mentale des immigrants (21,22).

La majorité des pays développés ont des programmes d'intégration subventionnés par les gouvernements. Au Canada par exemple, le gouvernement actuel finance des services afin d'aider les nouveaux arrivants à s'établir et à s'adapter à la vie au Canada(23). Ces différents services comprennent l'information et l'aiguillage, la formation linguistique, l'aide à la recherche d'un emploi correspondant aux compétences et à la formation des nouveaux arrivants, et l'intégration à la société canadienne (24). Si le gouvernement s'engage et investit dans de tels programmes, c'est parce qu'il est bien conscient de l'importance de l'intégration des nouveaux arrivants dans la société canadienne. Et puisqu'ils sont de plus en plus nombreux au pays, des promesses d'aides aux immigrants en général sont même devenues un gage de succès électoral. Cependant, malgré l'existence de ces multiples programmes d'intégration, on observe toujours une dégradation de la santé (incluant la santé mentale) des personnes immigrantes après leur arrivée dans leur pays d'accueil. Bien que certaines études aient montré les liens entre l'immigration et la santé mentale (11–13,25), on observe encore un manque d'études sur la santé mentale et les conditions d'intégration des étudiants immigrants malgré leur nombre croissant dans les établissements scolaires à travers le monde, en particulier dans les pays à revenus élevés. Or, selon l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), il y avait plus de 5,3 millions d'étudiants de l'enseignement supérieur à l'étranger en 2017(26). Et, selon le Consortium d'Animation sur la Persévérance et la Réussite en Enseignement Supérieur (CAPRES) au Québec, les étudiants immigrants sont plus à risque de développer une maladie mentale, car ils

rencontrent de nombreux obstacles qui peuvent augmenter leur vulnérabilité par rapport aux autres catégories d'immigrants (27)(28).

Cette recherche a pour objectif d'identifier, d'aborder et d'explorer la littérature sur la santé mentale des étudiants immigrants et leur utilisation des services de santé mentale dans les pays à revenus élevés. Il s'agira plus spécifiquement de fournir une carte systématique de la recherche sur ce sujet et d'identifier les lacunes existantes dans ce que l'on sait de la santé mentale des étudiants immigrés et de leur utilisation des services de santé mentale. Nous cherchons aussi à dresser un tableau le plus complet possible de tous les barrières et facilitateurs à l'utilisation de ces services par ces étudiants. Certaines recommandations concrètes pour améliorer les services de santé mentale et encourager leur utilisation par ces étudiants seront aussi présentées. Pour ainsi atteindre nos objectifs, nous avons fait une revue de portée (« scoping review »). Même si ce type de recherche ne nécessite pas d'avoir des hypothèses prédéfinies à tester, nous nous attendons, en nous basant sur les études existantes qui traitent ce sujet, à ce que les étudiants immigrants rencontrent plus d'obstacles et aient moins de facteurs facilitants lorsqu'ils utilisent les services de santé mentale dans les pays à revenus élevés.

CHAPITRE II - REVUE DE LA LITTÉRATURE

2.1. Immigration et santé mentale

2.1.1. Processus de migration

Le processus migratoire est défini par l'auteur anglais Bhugra comme étant une série d'évènements influencés par un certain nombre de facteurs sur une période prolongée (11). Lorsqu'on parle de migration des individus, on pourrait la diviser en quatre phases: la phase pré migratoire, la sélection de la migration, l'expérience de la migration proprement dite et l'expérience post migration. Chaque phase est généralement influencée par des facteurs sociaux et individuels propres à chaque immigrant.

La phase pré migratoire a lieu dans le pays d'origine. C'est à ce stade que l'individu prend la décision volontaire ou forcée d'immigrer. Plusieurs facteurs tels que ses compétences sociales, ses conceptions ou encore ses vulnérabilités psychologiques, sociales et biologiques peuvent influencer cette décision de quitter son pays d'origine (11). De plus, les auteurs Gushulak et MacPherson pensent que les facteurs économiques, sociaux, environnementaux, conflictuels et politiques peuvent affecter le flot migratoire et la direction de celui-ci (29). Les travaux de Bhugra sur le processus migratoire suggèrent aussi que l'âge et le sexe, la langue, le niveau d'éducation, l'occupation, la famille et le ménage sont d'importants facteurs pouvant influencer le choix d'immigrer (11).

La phase de sélection de la migration quant à elle est l'étape où la personne prend concrètement la décision de migrer en choisissant son nouveau pays d'accueil et en se préparant en conséquence pour son futur déplacement. Son choix peut être personnel et basé sur des raisons économiques ou ses propres aspirations. Il peut être

aussi forcé de migrer à la suite d'une pression vécue dans son pays d'origine comme des conflits ou des guerres.

La phase de la migration proprement dite est la phase qui suit la décision d'immigrer. À cette étape, l'individu quitte son pays d'origine et se déplace vers son pays d'accueil qui deviendra son nouveau pays de résidence.

La phase post-migratoire qui est une phase cruciale et fragile. En effet, c'est la phase qui suit le déplacement de l'individu et marque le début de l'installation dans le pays d'accueil. À cette étape, plusieurs facteurs peuvent avoir un grand impact sur l'immigrant. Selon une étude faite en 2010 par Morgan et collègues sur les maladies psychotiques, outre les personnes immigrantes réfugiées, la majorité des autres catégories d'immigrants manifestent après leur immigration des effets psychosociaux stressants pouvant altérer leur santé mentale (30). Ainsi, des facteurs comme les événements négatifs/positifs de la vie, la perte des relations, des biens et du soutien, le début de l'acculturation peuvent devenir difficiles pour l'individu (11,25).

Le processus de migration varie d'un individu à l'autre, d'une situation à l'autre. Ce n'est pas tous les immigrants qui vivront les mêmes expériences avant et après leur migration (11). Alors, il serait important de prendre en considération chaque expérience en particulier pour mieux comprendre les effets directs ou indirects de l'immigration sur la santé mentale.

2.1.2. La santé mentale des immigrants

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme étant :

« un état complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (définition en vigueur depuis 1948) (31).

La santé mentale est un constituant important de la santé des individus et peut être définie comme étant :

« un état de bien-être dans lequel chaque individu réalise son propre potentiel, peut faire face aux stress normaux de la vie, peut travailler de manière productive et fructueuse, et est capable d'apporter une contribution à sa communauté. »(32)

La santé mentale permettrait alors au bien-être et au bon fonctionnement individuel et social des individus(10). Une bonne santé mentale peut aussi avoir le potentiel de faciliter, un état de bien-être psychologique, physique et social. Ces états de bien-être peuvent aussi être déterminés par des caractéristiques individuelles, sociales et environnementales ou génétiques(10).

La santé des immigrants a depuis longtemps été considérée comme une préoccupation importante pour les pays d'accueil (13,20). Des études faites auprès des migrants dans quelques pays occidentaux ont montré que le processus de migration, les conditions d'accueil, l'isolement social, ainsi que les traumatismes vécus avant, pendant et durant le processus de migration sont des facteurs de risque associés aux problèmes de santé mentale (12,34). Au Canada, on se préoccupe de la santé complète des immigrants depuis longtemps, car l'Acte Canadien de la Santé de 1984 stipule que: *« [...] l'état de santé des immigrants devrait être similaire aux niveaux moyens de l'ensemble du Canada »*(20). De fait, les gouvernements canadiens doivent veiller à ce que la santé des immigrants soit similaire à celle de l'ensemble de la population du Canada.

2.1.3. Effets de l'immigrant en bonne santé

Les immigrants sont généralement en bonne santé à leur arrivée dans le pays d'accueil, ils sont même en meilleure santé que les résidents du pays (14,15,25). Ce qui signifie que les personnes nées à l'étranger ont un profil de santé généralement supérieur à celui des personnes nées dans la majorité des pays développés et industrialisés comme le Canada (34,35). Cet avantage de santé, aussi appelé « l'effet de l'immigrant en santé », se manifeste notamment par un faible taux de mortalité, moins de conditions chroniques, des taux de handicap et d'hospitalisations plus bas ainsi qu'une faible prévalence de maladies mentales au sein de la population immigrante à leur arrivée (15,36). Marks, Ejessi & Garcia, dans leur étude publiée en 2014 aux États-Unis (35), assimilent cet effet au « paradoxe de l'immigrant ». Selon les auteurs, le « paradoxe de l'immigrant » serait le fait que les premières générations (les

personnes nées à l'extérieur des USA qui ont immigré) ont un état de santé supérieur à celui des générations suivantes (leurs enfants et les enfants de ces derniers).

De plus, certaines études ont constaté que les personnes prédisposées à immigrer sont généralement jeunes, ont un haut niveau d'éducation et sont en bonne santé (15,19). C'est justement pourquoi les immigrants économiques, qui remplissent généralement ces critères, sont considérés comme étant le pilier de l'immigration des pays à revenus élevés. Selon l'article publié en mars 2020 par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) après le dépôt du [Rapport annuel au Parlement sur l'immigration 2019](#), les immigrants économiques représentent la majorité des nouveaux arrivants en 2018 et selon le plan du gouvernement libéral, cette catégorie demeurera la principale cible d'immigrants pour les années 2021 et 2022 (37).

2.2. Les facteurs de risque liés aux maladies mentales chez les immigrants

Pour résoudre les problèmes de santé mentale chez les immigrants, il est important de cerner les facteurs pouvant avoir des effets délétères sur leur bien-être psychologique et mental. Les facteurs personnels et les déterminants sociaux des immigrants ont aussi un grand rôle à jouer en ce qui concerne leur santé mentale (25). Si certains facteurs de protections comme avoir un bon revenu, un soutien social adéquat, un niveau d'éducation élevé et pratiquer du sport peuvent contribuer à une meilleure santé mentale, d'autres facteurs peuvent, au contraire, entraîner une santé mentale médiocre. Ces facteurs de risque peuvent être le faible soutien social ou familial; la pauvreté, la sous-employabilité ou le chômage; le stress acculturatif. Les troubles généralement répertoriés sont les troubles d'humeur tels que la dépression et l'anxiété; la schizophrénie, les troubles suicidaires, trouble de comportements ou de consommation, les troubles de stress post-traumatique (TSPT) (11,15,21,38–40).

2.2.1. Faible soutien social et familial

La santé des immigrants tend à décliner après leur installation dans leur pays d'accueil (18,19). En effet, ils doivent faire face à un ensemble de changements qui vont affecter leur bien-être physique et psychologique (13,21,22). Ces changements peuvent se traduire par la rupture et la perte du support et du réseau social. Le fait de

laisser sa famille et ses amis dans son pays d'origine est douloureux et le manque de communauté d'appartenance et de support social a un effet négatif sur la santé mentale de plusieurs immigrants (36).

La déstabilisation créée par la perte du soutien social peut entraîner une phase post-migration particulièrement difficile (41) surtout lorsqu'il y a présence de traumatismes vécus avant, pendant et après le processus d'immigration. Ces traumatismes peuvent constituer des facteurs de risque importants au développement des psychopathologies (12,22). La majorité des immigrants présentent ces facteurs psychosociaux stressants pouvant altérer leur santé mentale après leur immigration (30).

L'étude de Ruiz et ses collègues sur les immigrants latinos aux États-Unis en 2016 montre que ceux-ci se créent de larges réseaux sociaux au sein de leur famille et leur communauté pour contrer les effets négatifs de la perte de leur support social initial(42). Ce nouveau réseau social aurait pour but de conférer du respect, des conseils et des relations interpersonnelles pouvant diminuer l'influence du stress externe sur leur santé (42). L'enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC) menée en trois vagues (2001, 2003, 2005), publié par Statistiques Canada (43) et qui visait à examiner le processus d'intégration des nouveaux arrivants au cours des quatre années suivant leur arrivée au pays, avait montré qu'avoir de la famille et des amis au Canada à leur arrivée jouait un rôle important (44). En effet, selon cette enquête, ces réseaux augmenteraient chez les nouveaux arrivants les possibilités de recevoir de l'aide pour s'établir : trouver un logement ou un emploi, accéder aux études et recevoir une formation ou des soins de santé (44). Une autre étude canadienne plus récente révèle que les immigrants ayant un bon soutien social avaient une meilleure auto-évaluation de leur santé et le soutien social était plus élevé pour les immigrants vivant dans de petites municipalités (45).

Mentionnons également que plusieurs individus maintiennent leurs liens sociaux, économiques, politiques ou culturels avec leur pays d'origine. Ces liens transnationaux ont la capacité de traverser les frontières grâce aux avancées dans les TIC

(Technologies de l'Information et de la Communication) comme les appels internationaux plus abordables, les médias sociaux et autres (46,47). Cela pourrait aider les immigrants à réduire le stress lié à la perte de liens sociaux puisqu'ils pourraient, grâce à ces TIC, maintenir des liens avec leurs différents réseaux dans leur pays d'origine. Cependant, des études empiriques sur l'efficacité des liens transnationaux surtout en lien avec la santé mentale sont nécessaires avant de tirer des conclusions.

2.2.2. Les effets du chômage, de la sous-employabilité et de la pauvreté

Les immigrants affichent les plus hauts taux de chômage, de sous-emploi comparé au reste de la population (48). Selon une étude française, les immigrants vivent souvent dans la précarité, renforcée par le racisme et la discrimination (41). Ce qui aurait un impact négatif sur leur santé. Aussi, cette population a souvent plus de difficulté à trouver un emploi décent du fait de leurs origines, l'ethnicité, l'apparence et aussi leur formation qui est souvent dévaluée ou moins reconnue (49). En plus de ces facteurs, une étude sur les immigrants suisses montre que les femmes auraient des scores de santé plus faible que les hommes lorsqu'il s'agit de non-employabilité dans un contexte d'immigration (50). Au Canada, même si le gouvernement reçoit majoritairement des immigrants faisant partie de la catégorie « travailleurs qualifiés » pour combler la pénurie de main-d'œuvre, ces derniers n'occupent pas souvent des emplois qui reflètent leur niveau d'éducation ou leur expérience. Ils ont généralement des emplois de faibles compétences, avec des salaires bas et précaires (51–55).

Selon l'*Institut canadien d'éducation et de recherche en counseling* (CERIC), comparés aux autres jeunes canadiens, les jeunes immigrants seraient plus touchés par la sous-employabilité au Canada (56). Les raisons pour lesquelles ces jeunes immigrants vivraient davantage en situation de sous-employabilité seraient les suivantes : l'arrivée récente au pays, le manque d'information sur le marché du travail et le faible réseau de contacts professionnels (56,57). D'autres études canadiennes mentionnent aussi les barrières linguistiques, les systèmes d'accréditation professionnels restrictifs, les pratiques discriminatoires des employeurs et d'autres facteurs liés à des considérations raciales ou au genre (58–60).

La non-employabilité engendre un stress qui entraîne une mauvaise santé mentale et physique. Ses conséquences sont: de faibles revenus, de la perte de statut socio-économique, une faible estime de soi, une réduction de l'activité physique et mentale, l'adoption de comportements malsains, l'isolement social et même des conflits familiaux qui affecteront la santé mentale (56,57,58). Les immigrants, qui ont généralement un taux de chômage et de sous-employabilité élevé comparativement à la population générale, peuvent alors voir leur santé mentale être négativement impactée par cette situation.

2.2.3. Le stress de l'acculturation

Kiefer (1974) cité dans l'étude de Bernstein et al., définit l'acculturation comme le processus de changement culturel résultant du contact entre des groupes ayant des cultures distinctes(63). Selon les auteurs, ce serait Berry et Kim qui auraient présumé pour la première fois en 1988 une relation négative entre le niveau d'acculturation et le stress lié à l'acculturation (c.-à-d. une acculturation plus élevée entraîne un stress plus faible)(63). Ainsi, les modes d'adaptation acculturative tels que l'assimilation et l'intégration, qui sont utilisés par les immigrants, sont favorables à leur santé mentale. Alors, en assimilant les éléments de la culture d'accueil (associations interpersonnelles, langue, valeurs et pratiques), les immigrants parviennent à s'adaptation, réduire le stress de la vie et avoir une meilleure santé mentale(63). D'ailleurs, Bernstein et al. arrivent à la même conclusion dans leur étude qui mesurait le niveau d'acculturation, du stress lié à l'acculturation et des symptômes dépressifs des étudiants coréens aux USA (63).

À l'inverse, les immigrants avec un faible niveau d'acculturation ont des niveaux de stress acculturatif plus élevés. Des études réalisées auprès des migrants ont montré qu'en plus du choc culturel, de l'isolement social et des difficultés socioéconomiques, l'acculturation ainsi que les problèmes d'adaptation et les conditions de travail difficiles peuvent également être des facteurs de risque aux problèmes de santé mentale chez les personnes migrantes (12,33). L'acculturation peut aussi amplifier le stress que vivent déjà les immigrants. Selon la revue systématique des auteurs Lai, Li et Daoust parue en 2016, le stress acculturatif peut augmenter les risques de comportements

suicidaires chez les immigrants et les groupes minoritaires dans les pays à revenus élevés comme les USA, le Canada, le Royaume-Uni, la France, les Pays-Bas, l'Italie et Israël(64). En plus, les personnes en phase d'acculturation réalisent souvent que les problèmes auxquels elles font face dans leur pays d'accueil ne se résoudront pas rapidement malgré leurs efforts(34). Une étude faite sur des immigrants coréens aux USA en 2011 a montré qu'en plus du stress lié à l'acculturation, les expériences discriminatoires que vivaient ces immigrants pouvaient significativement augmenter le risque de troubles psychiatriques comme la dépression (63).

2.3. Barrières à l'utilisation des services de santé par les immigrants

Conformément à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF; 2001) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les facteurs contextuels (environnementaux et personnels) incluant des obstacles et des facilitateurs peuvent soit diminuer soit améliorer le fonctionnement et la santé d'une personne (65). Ainsi, les barrières/obstacles représentent un facteur important associé aux maladies mentales des immigrants, car ils empêchent ou minimisent l'utilisation des services de santé mentale (65). Parmi ces obstacles, nous pouvons citer les défis culturels et les expériences pré migratoires, les difficultés liées à la langue. Nous avons aussi les enjeux liés aux compétences culturelles des professionnels de la santé ainsi que la méconnaissance des systèmes et services.

2.3.1. Défis culturels et expériences pré migratoires

La notion de culture est très importante lorsqu'on parle d'immigration. Depuis 1985, l'auteur Dorvil avait déjà souligné l'importance de comprendre la culture d'une personne pour comprendre les conduites de celle-ci dans la société et l'un des obstacles rencontrés par les immigrants face aux systèmes de santé canadiens concernait les différences d'attitudes et de croyances relatives à la santé, la maladie et aux soins de santé (20). Selon Salami et collègues, la culture peut conduire à l'ignorance, au repli sur soi et aux stéréotypes concernant les problèmes mentaux. Et cela peut motiver certains immigrants à ne pas chercher à obtenir des soins spécialisés par crainte de discrimination et de stigmatisation (66).

Aussi, l'expérience pré migratoire peut influencer l'intégration et le sentiment d'appartenance au pays d'accueil (67). Puisqu'après leur immigration, les personnes immigrantes se sentent généralement déracinées de leur culture initiale (66), elles peuvent avoir une certaine crainte de l'inconnu. En plus, les différences culturelles auxquelles celles-ci sont confrontées peuvent ainsi constituer une barrière à l'utilisation des soins(65). Selon Wilson-Forsberg, au Canada, les expériences pré migratoires des immigrants permettent aussi de les placer dans des catégories telles que : travailleurs qualifiés, étudiants étrangers ou encore réfugiés (68). Ces catégorisations constituent souvent une source d'exclusion surtout lorsque les facteurs tels que la race ou le sexe et le statut entrent en jeu (67).

De plus, la culture peut profondément affecter certains aspects de la santé mentale et l'adaptation des immigrants (36). Ainsi, selon la culture des immigrants, les interprétations ou les réactions qu'ils ont vis-à-vis des symptômes, des explications de la maladie, des expressions émotionnelles, de la communication ou des réponses aux traitements seront différentes (36). L'ignorance, le renfermement et les stéréotypes autour des problèmes mentaux qu'engendrent les croyances culturelles des immigrants peuvent les pousser à ne pas avoir recours aux services de soins spécialisés de peur d'être discriminés et stigmatisés (66). Ils pourraient alors observer une augmentation des troubles mentaux et des facteurs de vulnérabilité psychosociale 41).

2.3.2. Barrières linguistiques

La langue peut également constituer un obstacle à l'utilisation des soins de santé mentale. En effet, la connaissance des langues officielles du pays d'accueil est très souvent cruciale à la pleine participation des immigrants dans leur nouveau pays. Des études sur des immigrants hispaniques (69) et asiatiques (70) montrent que le fait de ne pas connaître suffisamment les langues officielles du pays d'accueil est lié à de mauvais résultats de santé. Alors, la limitation linguistique et la nécessité d'avoir un service d'interprète pour communiquer constituaient des barrières à l'accès et au maintien des soins de santé (71) ainsi qu'aux services de santé mentale (67). L'étude américaine de Kim et collègues de 2011 menée auprès d'immigrants chinois et latinos souffrant de troubles psychiatriques montre qu'une maîtrise limitée de l'anglais

constituait un obstacle à l'utilisation des services de santé mentale chez ces immigrants (74). De plus, les auteurs Ngwakongnwi et collègues suggèrent que les problèmes de l'utilisation des soins de santé liés à la langue et aux difficultés de communiquer naissent de plusieurs facteurs comme la peur d'être mal compris, une mauvaise expérience émotionnelle lors d'une précédente visite, le sentiment d'insatisfaction avec les soins déjà reçus, les retards dans les soins demandés et les potentielles douleurs ou erreurs médicales(75). Même si ces éléments concernent des immigrants minoritaires francophones dans une province canadienne principalement anglophone, il est nécessaire de comprendre ces facteurs et d'aider les immigrants à les surmonter afin qu'ils utilisent les services de santé et de santé mentale.

Les barrières linguistiques ne sont pas toujours aussi simples. En effet, ils peuvent avoir un impact instrumental et émotionnel sur la personne. Une détresse peut naître chez l'immigrant du fait qu'il ne maîtrise pas les langues officielles du pays d'accueil (25). En général, dans les pays développés, les immigrants ont souvent une panoplie de procédures administratives au travers desquelles ils doivent passer. Ils doivent alors avoir un niveau linguistique fonctionnel pour bénéficier des services ou même exercer une profession dans leur pays d'accueil. La revue critique de Hynie en 2017 sur l'impact des conditions post-migratoires sur les troubles mentaux et le PTSD chez les réfugiés et les demandeurs d'asile montre que les barrières linguistiques peuvent freiner plusieurs lorsqu'il faut avoir recours aux services essentiels de santé et aux traitements (76). De fait, les compétences linguistiques sont non seulement un problème majeur pour l'employabilité et l'insertion professionnelle des immigrants, mais la maîtrise de la langue du pays d'accueil peut avoir des effets omniprésents chez ces derniers. Ce qui nécessite des accommodations comme l'accès aux interprètes qui, lorsqu'absents, peuvent être d'importantes barrières à l'accès aux soins et aux traitements(76). En plus, ces barrières linguistiques peuvent aussi induire des effets indirects sur la santé tels que l'isolement social, l'insécurité, le manque d'accès à l'information crédible, la difficulté d'établir des relations sociales. Ces effets eux-mêmes peuvent impacter l'estime de soi, les problèmes familiaux et d'autres problèmes sociaux (70).

2.3.3. Enjeux liés aux compétences culturelles des professionnels de santé

Les compétences culturelles des professionnels sont essentielles pour assurer une meilleure utilisation des soins de santé par la population immigrante. Dans un contexte multiculturel comme c'est le cas des pays développés actuels qui accueillent de plus en plus d'immigrants venant de différentes cultures, il est crucial d'être conscient des différences culturelles présentes au sein de la société. Dans leur rapport scientifique sur la santé mentale des immigrants et non-immigrants au Canada de 2016, Salami et collègues rapportent que les réfugiés interviewés déploraient l'incompétence culturelle des professionnels de santé qu'ils avaient rencontrés. En effet, ces derniers n'étaient pas adéquatement formés et leurs approches n'étaient pas adaptées pour comprendre l'aspect culturel de leur client afin de mieux les servir. Cette situation a créé un inconfort chez ces réfugiés qui ont préféré pour la plupart ne plus avoir recours au service de santé mentale à l'avenir (36). En Australie, l'étude de Wohler et Dantas publiée en 2017 sur les femmes immigrantes de cultures et de langues diverses montre qu'il y aurait eu plusieurs désaccords culturels entre les prestataires de soins de santé mentale et ces femmes. Certaines femmes ont déclaré ne s'être pas senties respectées lors des consultations et auraient préféré des interventions alternatives telles que résoudre seules leurs problèmes ou avoir recours à l'aide de leur famille ou de leurs amis (73).

Les exemples cités ci-dessus montrent qu'être culturellement sensible et adopter une approche adaptée aux cultures des clients lors de l'administration des soins de santé mentale permettraient de rompre les barrières et d'avoir des résultats plus efficaces. Dans l'administration des soins, la communication est essentielle et celle-ci passe aussi par la compréhension des différences culturelles des immigrants par les prestataires. Comme souligné plus haut, il serait important de comprendre le contexte de vie dans lequel vivent les personnes qu'on veut aider pour faciliter l'utilisation des services de santé mentale. Sinon, comme le soulignent certains auteurs, peu importe la bonne volonté derrière l'administration des soins, il y aura toujours une sous-utilisation de ces services par la population cible (77,78). Dans un contexte multiculturel, les immigrants ne constituent pas un groupe homogène. Ils forment plutôt une

hétérogénéité considérable qui nécessite d'adapter les services qui leur sont offerts en utilisant de nouveaux modèles basés sur les différences culturelles et le statut même des immigrants (79).

2.3.4. Barrières logistiques, manque de connaissance sur les services disponibles

Il existe plusieurs barrières logistiques à l'utilisation des services de santé mentale telles que le manque d'information et de connaissance du système de soins, le manque de moyens financiers, l'absence d'assurance maladie privée, les difficultés de transport, les longues listes d'attente pour consulter et les retards dans la recherche de soins professionnels, etc. (73).

Les barrières linguistiques concernant la culture des individus vont entraîner une certaine désinformation (76). D'abord, la méconnaissance des services de santé disponibles et le manque d'information sur leur fonctionnement peuvent constituer un obstacle à l'utilisation de ces services. Selon Zanchetta et Poureslami, au Canada, le manque de connaissances et de familiarisation peut influencer l'accès aux services de santé existants et aux renseignements par les nouveaux arrivants (80). Lorsqu'ils arrivent dans le pays d'accueil, les immigrants ont souvent un tas de questions et la recherche de l'information peut être un défi, surtout s'ils viennent de pays complètement en déphasage avec le pays d'accueil. Par exemple, une personne venant d'un pays du tiers monde avec un grand retard informatique, technologique et logistique peut avoir beaucoup de difficultés à retrouver les informations essentielles à son intégration même si celles-ci sont disponibles et accessibles. L'accès à l'information peut généralement se faire par le biais des sources comme l'Internet, les plateformes d'échanges, les forums et les réseaux sociaux qui sont utilisées pour se familiariser avec les services. Mais, les procédures administratives longues et fastidieuses peuvent représenter un défi pour certains immigrants étant moins à l'aise avec les TIC.

2.4. Situation des étudiants immigrants

2.4.1. Statistiques

Selon l'UNESCO, il y avait plus de 5,3 millions d'étudiants de l'enseignement supérieur à l'étranger en 2017 (26). La population d'étudiants internationaux inscrits dans des cours d'enseignement supérieur hors de leur pays d'origine a significativement augmenté depuis les deux dernières décennies passant de 2,1 millions en 2001 à 5,3 millions en 2019 (81). Chaque année, ces étudiants arrivent par dizaine de milliers dans les grandes institutions majoritairement situées dans les pays développés. Dans son rapport de 2019, le Projet Atlas a classé les pays du monde qui ont accueilli le plus d'étudiants internationaux en 2019 (82). Parmi les cinq premiers pays, on retrouve respectivement:

Les États-Unis : Dans le rapport américain Open Doors de 2020 sur les échanges éducatifs internationaux publié par l'Institute of International Education (IIE), les États-Unis ont accueilli plus d'un million d'étudiants internationaux durant l'année universitaire 2019/2020 (83). Ces étudiants proviennent majoritairement de l'Asie avec la Chine en tête de liste. En effet, les USA sont connus comme étant la destination favorite des étudiants chinois. Le système d'enseignement supérieur américain a reçu 369 548 étudiants chinois en 2019, observant ainsi une multiplication par plus de cinq depuis 2000 (59 939) (81). L'Inde vient en seconde position avec près de 202 014 étudiants, suivi de la Corée du Sud avec 52 250 étudiants; de l'Arabie saoudite avec 37 080 étudiants; du Canada avec 26 122 étudiants. Selon le EducationData, au moins 62 leaders mondiaux ont étudié dans des universités américaines(84).

Le Royaume-Uni (UK) : D'après l'Agence des statistiques de l'enseignement supérieur, 556 625 étudiants internationaux poursuivaient leurs études au Royaume-Uni durant l'année académique 2019/2020 (85,86). Le nombre d'étudiants étrangers au UK a considérablement augmenté. Il y a 5 ans, les étudiants étrangers étaient au nombre de 443 320 durant l'année académique 2015/2016. La majorité de ces étudiants étrangers venaient des pays à l'extérieur de l'Union européenne (UE). La Chine était aussi le premier pays avec 120 385 étudiants inscrits dans des établissements d'enseignement supérieur du Royaume-Uni. Ceci représente 35% de tous les étudiants

non européens d'après les statistiques 2018/2019(86). L'Inde occupe la deuxième position avec 26 685 étudiants et est suivi par les États-Unis d'Amérique qui ont envoyé 20 120 étudiants au Royaume-Uni durant l'année 2018/2019. Hong-Kong et la Malaisie sont les quatrième et cinquième pays de la liste avec respectivement 16 135 et 13 835 étudiants (85,86).

La Chine : Selon le magazine *The Beijinger* paru en 2019, la Chine a accueilli près d'un demi-million d'étudiants étrangers en 2018. Si ces étudiants proviennent de plus de 196 pays du monde, la majorité vient d'autres pays asiatiques comme la Corée du Sud, la Thaïlande, le Pakistan et l'Inde. Ce qui est intéressant avec la Chine c'est que, non seulement elle reçoit un grand nombre d'étudiants étrangers, mais elle envoie aussi plusieurs ressortissants étudier à l'étranger (87). En effet, depuis la politique de "réforme et d'ouverture" de la Chine en 1978 (88)(89) et jusqu'à la fin de 2018, la Chine a envoyé environ 5 857 100 étudiants à l'étranger (89).

Le Canada : Selon le Bureau canadien de l'éducation internationale (BCEI), il y avait 530 540 étudiants internationaux au Canada en 2020. Ce qui représente une augmentation de 135% en 10 ans (90). Entre 2014 et 2017 seulement, on a observé une augmentation de 34%. Pendant qu'en 2014 le gouvernement canadien prévoyait attirer près de 450 000 étudiants étrangers d'ici 2022 (91), il y avait déjà près de 494 525 étudiants internationaux au Canada en 2017 selon le rapport de 2018 du BCEI (92). La majorité des étudiants étrangers au Canada viennent de l'Asie. Leur premier pays de provenance est l'Inde avec 34% du total d'étudiants internationaux. La Chine arrive en seconde place avec 22%. La majorité de ces étudiants viennent respectivement étudier dans les provinces suivantes : Ontario (46%); Colombie-Britannique (22%); Québec (15%); Alberta (5%); Manitoba et Nouvelle-Ecosse (3%) et d'après un sondage du BCEI en 2018, 60% de ces étudiants préoyaient demander la résidence permanente au Canada après leurs études (90).

L'Australie a l'une des plus fortes proportions d'étudiants universitaires internationaux dans le monde. Plus d'un étudiant tertiaire sur quatre (28,1 %) était un étudiant international en 2018 (93). Selon le gouvernement Australien, le nombre

d'étudiants internationaux en Australie était d'environ 483 484 en février 2021 (94). En 2020, on dénombrait environ 686 104 étudiants internationaux payant un plein tarif en Australie avec un visa étudiant. Même si ça représente une baisse d'environ 9% par rapport à 2019, cela n'empêche pas l'Australie de rester l'une des destinations préférées pour les étudiants internationaux, surtout des étudiants asiatiques soit plus de 58% en février 2021 avec en tête la Chine (28%), suivi de l'Inde (18%), du Népal (8%) et du Vietnam (3%) (94).

2.4.2. Problématique : la santé mentale des étudiants étrangers

De façon générale, les étudiants étrangers rencontrent les mêmes défis que les autres catégories d'immigrants. À leur arrivée, ils sont généralement en bonne santé, mais celle-ci (incluant la santé mentale) se dégrade après leur installation dans le pays d'accueil. Comme nous l'avons vu plus haut, cette dégradation peut résulter des facteurs et déterminants sociaux tels que le manque ou le faible soutien social et familial; la non-employabilité/sous-employabilité ou pauvreté; le stress de l'acculturation et autres. En plus, les étudiants immigrants/étrangers rencontrent d'autres défis et obstacles propres à leur situation sociale (ex : jeune, faible support social, faible expérience de vie), à leur situation économique (ex : sans emploi, coûts scolaires élevés, pauvreté/précarité), à leur situation psychologique (ex : âge plus à risque, fragilisé par les autres facteurs rencontrés durant le processus migratoire). Selon l'auteur Néo-Zélandais Campbell, en plus des problèmes et défis que rencontre n'importe quel étudiant, les étudiants internationaux doivent également faire face à des problèmes supplémentaires liés à la vie dans un environnement culturel inconnu et à l'étude dans un système éducatif et une langue différente (96). Ces défis supplémentaires peuvent les fragiliser sur le plan psychologique et social : les mettant ainsi plus à risque de développer les maladies mentales. Selon l'auteur Mainich dans son article de 2015 sur les expériences sociales et universitaires des étudiants internationaux au Québec, ces obstacles peuvent intervenir dans différentes dimensions de l'expérience de l'étudiant étranger (socioculturelle, académique, administrative, financière et personnelle), et ce, à différents moments (préparation, arrivée, retour au pays d'origine) (97).

Dans leur travail de synthèse de 2018 publié dans le *Consortium d'Animation sur la Persévérance et la Réussite en Enseignement Supérieur* (CAPRES), Bérubé et collègues identifient quelques obstacles saillants propres aux étudiants étrangers à savoir : le choc culturel; le réseau social à (re)construire; l'adaptation à l'enseignement et à l'apprentissage; la barrière de la langue; le racisme et les préjugés (28). Le **choc culturel** est dû au fait que les étudiants internationaux ont souvent plusieurs éléments nouveaux à apprendre ou à comprendre en un temps très court. Ces éléments sont très souvent nécessaires à leur adaptation culturelle dans leur nouvel environnement. Ils peuvent engendrer un sentiment d'isolement, un stress d'acculturation, lequel peut se traduire par les troubles du sommeil et de l'alimentation (28,97). Avoir un **réseau social**, des contacts et les liens sociaux avec d'autres étudiants faciliterait et améliorerait l'expérience et l'adaptation des étudiants internationaux (96,98,99). En plus, le réseau social peut-être nécessaire pour garder la motivation à la persévérance des étudiants étrangers (28). Donc, construire un nouveau réseau social avec des pairs locaux faciliterait l'intégration de ces étudiants dans la culture de leur pays d'accueil. Par contre, comme le montre l'étude de Zhang et Brunton sur les étudiants étrangers chinois en Nouvelle-Zélande, il peut être extrêmement difficile de trouver de tels soutiens (100). De plus, bien qu'il existe des programmes de jumelage avec des étudiants locaux pour faciliter l'intégration des étudiants internationaux, il n'est pas toujours facile de construire des liens sociaux solides et s'intégrer en terre d'accueil, sur ou hors campus (96).

L'adaptation à l'enseignement et l'apprentissage des étudiants étrangers passent par la connaissance et la maîtrise des nouvelles méthodes d'apprentissage, de nouvelles modalités d'évaluation et de nouveaux outils technologiques (101). Ils doivent aussi savoir quelles sont les attentes des professeurs, les approches pédagogiques, la prise de notes et souvent, doivent s'adapter à l'accent de l'enseignant (97). Ce qui n'est pas toujours évident pour eux. En ce qui concerne la **barrière linguistique**, elle peut constituer un grand obstacle pour les étudiants. Leur intégration sociale et culturelle est compromise, car la communication avec les autres étudiants, le personnel et les enseignants de l'établissement est essentielle à l'intégration et à l'épanouissement de

ces derniers dans leur nouvel environnement. La communication est donc un défi majeur (28) et le fossé créé peut faire naître un sentiment d'isolement ou de choc culturel, ce qui peut engendrer et empirer le stress ou autre trouble mental. Le **racisme et les préjugés** constituent un facteur important pouvant amplifier la détérioration de la santé mentale des étudiants étrangers. Selon une enquête menée par le BCEI en 2013 (92), les étudiants internationaux vivent plusieurs formes de discrimination et de racisme lors de leurs interactions avec les enseignants, le personnel, les étudiants locaux et le milieu d'accueil au Canada. Selon cette enquête, environ 25% d'entre eux ont dit avoir été victimes de discrimination raciale et 29% de discrimination culturelle ou religieuse.

Tous ces problèmes augmentent la vulnérabilité des étudiants étrangers pour le développement des maladies mentales. Il est aussi important de noter que ces derniers, en tant qu'immigrants temporaires, font face à d'autres défis, plus d'ordre administratif. Entre autres, ils ne bénéficient pas des services d'intégration et autres services apparents financés par le gouvernement comme c'est le cas des immigrants ayant la résidence permanente(23). En plus, ils doivent déboursier des montants colossaux pour couvrir leurs frais de scolarité, lesquels représentent souvent plus du triple du coût que paye les étudiants résidents permanents et citoyens. Par exemple, à l'université d'Ottawa, la scolarité d'un étudiant canadien ou résident permanent dans un programme de baccalauréat en science de la santé coûtait 3 549,60\$ CDN durant le trimestre d'automne 2020 alors qu'un étudiant étranger sans exonération partielle payait jusqu'à 18 825,91\$ CDN pour la même formation pendant ce temps, soit plus de cinq fois le montant que paye les résidents canadiens (102). Aussi, ces étudiants vivent quelques fois avec la peur de stigmatisation due au sentiment d'être toujours exemplaire. En effet, à cause de la contingence et de la compétition rude pour accéder à certains programmes universitaires, ces étudiants ont une forte pression d'exceller sans compter le fait qu'ils doivent aussi penser aux conditions et/ou restrictions continues dans les permis d'étude délivrés par le pays d'accueil. La pression culturelle étant très grande chez les étudiants asiatiques (103,104), ceci les pousse souvent à ne pas s'ouvrir lorsqu'ils rencontrent des difficultés durant leur parcours parce qu'ils ont

peur d'être stigmatisés dans leur communauté. Et même lorsqu'ils veulent s'ouvrir, l'incompréhension du système de santé constitue une autre barrière à l'accès aux soins.

CHAPITRE III - MÉTHODOLOGIE

1.1. Justification de la méthode

Comme méthode de recherche, nous avons choisi de faire une revue de portée (en anglais « Scoping Review »). Selon les Instituts de recherche en santé du Canada, les revues de portée sont des «projets exploratoires qui recensent systématiquement la littérature disponible sur un sujet, en identifiant les concepts clés, les théories, les sources de preuve et les lacunes de la recherche»(105). Cette méthode est donc une synthèse de connaissances qui a plusieurs avantages. Elle permet d'explorer l'étendue ou la profondeur de la littérature, de recenser et de résumer les preuves, d'identifier ou de combler les lacunes dans les connaissances et d'informer la recherche future (106). Selon Colquhoun et al., elle peut faciliter l'évolution de la pratique de la santé et de la recherche en consolidant les preuves scientifiques. Elle permet ainsi de fournir aux décideurs les informations utiles sur la nature et la manière dont un concept a été étudié au fil du temps, ce qui pourrait les guider plus efficacement dans leurs décisions (107). En plus, pour Peter et al., ces types de méthode peuvent être utilisés pour élaborer des programmes de recherche, pour faire progresser le domaine des sciences de la santé et pour identifier les domaines qui feront l'objet de futures revues systématiques ou d'autres types de revues de synthèse (108). Par ailleurs, cette méthode est de plus en plus populaire dans la littérature. Le nombre a doublé entre 2014 et 2017 (106), démontrant une bonne réception et acceptabilité de cette méthode par la communauté scientifique.

Dans notre recherche sur la santé mentale des étudiants immigrants et l'utilisation des services de santé mentale dans les pays à revenus élevés par ceux-ci, la revue de portée est plus adaptée comme méthode de recherche puisque le sujet est large et la littérature sur ce sujet reste limitée, complexe et hétérogène (108). Ici, les études évaluées sur le plan de la qualité comme dans les revues systématiques ne sont

pas nécessaires. Nous pouvons inclure tous les articles pertinents, peu importe leur design, et cela, indépendamment de la conception de l'étude. Donc, nous n'avons pas besoin d'avoir des limites strictes sur les termes de recherches, sur l'identification et la sélection d'études pertinentes dès le départ (109). Ceci permettra d'obtenir des résultats larges et approfondis.

Notre méthodologie suit les lignes directrices des revues de portée basées sur les travaux antérieurs d'Arksey et O'Malley (109), enrichis par O'Brien, Colquhoun, Levac et collègues (110). La suite de ce travail sera donc une adaptation du guide pour la conduite des revues de portée publiées par l'Institut Joanna Briggs (JBI) (108). Selon les auteurs, une revue de portée doit être cadrée et doit répondre au moins aux cinq étapes suivantes: 1) identification de la question de recherche; 2) identification des études pertinentes; 3) sélection des études; 4) mise en évidence des données; 5) collecte, résumé et communication des résultats. Nous discuterons de chacune de ces étapes dans les sections ci-dessous.

3.2. Étape 1 - Identification de la question de recherche et des objectifs

L'objectif de cette étude est de fournir un aperçu des recherches disponibles dans ce domaine en recensant, en explorant et en abordant la littérature pour identifier les lacunes existantes dans les connaissances sur la santé mentale des étudiants immigrants et leur utilisation des services de santé mentale dans les pays à revenus élevés. La principale question qui guidera la recherche, l'analyse et la consolidation des preuves dans cette revue de portée est la suivante : **Quels sont les barrières et les facilitateurs de l'utilisation des services de santé mentale par les étudiants immigrants dans les pays à revenu élevé ?**

L'outil **SPIDER** de Cooke, Smith & Booth a été utilisé pour formuler cette question de recherche, car il correspondait mieux à nos objectifs de recherche (33). Chaque élément dans cet outil est défini et décrit comme suit :

S («Sample» ou Échantillon/Population) représente les étudiants immigrants. Nous entendons par étudiant immigrant, toute personne issue de l'immigration et ayant

un statut d'étudiant dans le pays où il vit. Alors, celle-ci peut être un étudiant étranger/international, un étudiant en échange, un étudiant réfugié ou encore un étudiant citoyen n'étant pas né dans le pays où elle vit et étudie au moment de l'étude.

P of I («Phenomenon of Interest» ou Phénomène d'intérêt) est l'utilisation des services de santé mentale par les étudiants immigrants. Ici nous avons regardé tous les types de services de santé mentale que ce soit au sein de l'établissement scolaire ou encore à l'extérieur. Nous faisons référence ici aux différentes consultations au service de counseling de l'école ou ailleurs, des visites chez les psychiatres, psychologues, psychothérapeutes ou autres professionnels des soins de santé mentale.

D («Design») comprend tous les designs (questionnaires, enquêtes, entretiens, groupe de discussion, étude de cas ou étude d'observation...).

E («Evaluation/Assessment» ou Évaluation) est l'expérience des étudiants lors de l'utilisation des services de santé mentale. D'un côté, nous voulons identifier tous les facteurs ou éléments qui peuvent empêcher, dissuader ou être un obstacle pour les étudiants immigrants qui ont eu recours aux soins de santé mentale dans le passé, qui veulent ou qui ont l'intention d'avoir recours aux soins de santé mentale dans le futur. De l'autre côté, nous voulons identifier tous les facteurs et les éléments qui ont plutôt encouragé ou facilité le recours aux soins de santé mentale par les étudiants immigrants ou qui peuvent les encourager à avoir recours aux services de santé mentale dans le futur. Alors, dans sa démarche à utiliser des services de santé mentale, l'étudiant peut avoir deux sortes d'expériences. Une expérience positive, qui veut dire qu'il aime et trouve des avantages à recourir aux services de santé mentale, est considérée comme un **facilitateur**. Au contraire, une expérience négative, qui veut dire que l'étudiant n'a pas aimé ou ne trouve pas d'avantages à utiliser les services de santé mentale, est plutôt considérée comme une **barrière**.

R («Research type» ou Type de recherche) ce sont des méthodes quantitatives, qualitatives, mixtes, expérimentales, quasi expérimentales et observationnelles.

3.3. Étape 2 : Identification des études pertinentes

Afin d'améliorer la transparence méthodologique et de maximiser la qualité des résultats et des preuves synthétisées, la stratégie de recherche a été soigneusement élaborée et mise en œuvre avant la sélection des études. Nous nous sommes appuyés sur le *PRISMA-ScR checklist* qui, rappelons-le, est l'adaptation du guide pour la conduite des revues de portée publiées par l'Institut Joanna Briggs (JBI) et basées sur les travaux antérieurs d'Arksey et O'Malley ; O'Brien, Colquhoun, Levac et collègues (108,109,111). La stratégie de recherche a été élaborée avec l'aide précieuse d'une bibliothécaire de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa. Après avoir cerné notre sujet, nous l'avons d'abord décomposé en concepts importants ou mots clés comme *santé mentale*, *maladie mentale*, *immigrant*, *étudiants*, *étudiants immigrants* ou *étudiants internationaux* et *accès aux soins* ou *utilisation de services de santé mentale*. Nous avons ensuite trouvé tous les synonymes qui se rattachent à ces concepts ainsi que les liens logiques entre eux, afin qu'ils soient facilement reconnaissables et utilisables dans les bases de données choisies. C'est après des discussions entre les membres de l'équipe de recherche que nous nous sommes tous accordés sur la suite.

3.3.1. Sources de données

Pour identifier les études potentiellement pertinentes pour notre travail, nous avons consulté les bases de données suivantes : MEDLINE, APA PsycInfo, Education Source, CINAHL et Web of Science. Le choix de ces cinq bases de données n'a pas été fait au hasard. En effet, elles ont été minutieusement choisies avec l'aide de la bibliothécaire spécialisée assignée à ce travail. D'abord, nous avons choisi MEDLINE dans Ovid parce qu'elle est la principale base de données dans le domaine biomédical et qu'elle contient des millions d'études venant des journaux révisés par des pairs. Elle constitue donc une base de données importante pour toucher l'aspect médical de notre sujet sur la santé mentale des étudiants immigrants. Ensuite, nous avons choisi APA PsycInfo parce qu'elle est reliée au domaine de la psychologie et des sciences du comportement. Puisque notre sujet porte sur les affections mentales et l'utilisation des services de santé mentale (comportement), il est évident que cette base de données

est un bon endroit pour rechercher des articles sur notre sujet. Puis, nous avons choisi Éducation Source parce qu'elle comprend de nombreux périodiques et monographies axés sur l'enseignement du préscolaire jusqu'à l'enseignement supérieur. Celle-ci est pertinente pour aller chercher notre population d'étudiants à différents niveaux d'éducation. Enfin, nous avons décidé d'ajouter des bases de données interdisciplinaires en science de la santé comme CINALH et Web of Science pour exploiter tous les articles interdisciplinaires pertinents sur le sujet qui seraient absents dans les bases de données spécialisées précédentes. [Les détails de la stratégie de recherche faite le 17 septembre 2020 dans Ovid Medline sont présentés dans le document A à l'annexe].

3.3.2 Critères d'éligibilité

Comme toutes les études de synthèse, cette revue de portée doit fournir et détailler toutes les informations concernant les éléments qui seront inclus ou exclus dans notre démarche. Ainsi, nous avons détaillé dans cette sous-section tous les critères d'éligibilité pris en compte dans cette revue. De façon générale, seules les études publiées en anglais faites sur les étudiants immigrants adolescents ou plus, qui étudiaient dans un pays à revenus élevés au moment de l'étude et qui ont eu (ou qui ont l'intention d'avoir) recours aux soins de santé mentale sont incluses dans cette revue. Au contraire, nous avons exclu toutes les études qui ne remplissaient pas ces critères (celles qui ne portaient pas sur les étudiants immigrants, l'âge était en dessous de 10 ans, n'adressaient pas le recours aux soins de santé mentale, étaient menées dans des pays à faibles revenus et publiées dans une autre langue que l'anglais). Puisque les connaissances sur le sujet sont encore limitées, la date ne constituera pas un critère d'inclusion/exclusion. En d'autres termes, nous avons inclus toutes les études qui répondaient aux critères d'inclusion détaillés ci-dessous, peu importe la date à laquelle a été menée ou publiée l'étude.

3.3.2.1. Critères d'inclusion

Les étudiants immigrants/internationaux : ce sont toutes les personnes qui étudient dans un établissement d'enseignement reconnu. Elles peuvent y être inscrites à plein temps ou à temps partiel et doivent être immigrantes de première génération,

c'est-à-dire qu'elles doivent absolument venir d'un pays autre que celui dans lequel elles étudient au moment de l'étude. À notre connaissance, cette revue est la première ayant l'objectif de recenser, d'aborder et d'explorer les lacunes des recherches concernant l'accès aux soins de santé mentale chez les étudiants immigrants. C'est pour cette raison que nous n'avons pas voulu spécifier, de prime abord, notre population à un groupe d'étudiants immigrants en particulier (ex : étudiants internationaux). En effet, tous ces étudiants pourraient rencontrer les mêmes difficultés (intégration, manque de soutien, acculturation...).

Adolescents et plus : ce sont toutes les personnes ayant 10 ans et plus. Selon l'OMS, l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'âge de 10 ans et 19 ans. Ce stade représente une phase de transition critique dans la vie de l'individu. C'est au cours de cette période que l'individu acquiert son indépendance, développe son identité et acquiert des compétences qui lui seront nécessaires pour remplir son rôle d'adulte, d'établir des relations et de raisonner de façon abstraite(112). Cette période est donc phare pour l'individu : raison pour laquelle nous avons commencé à considérer les participants à partir de celle-ci. C'était la seule limitation d'âge qui a été pris en compte dans cette revue.

Pays à revenu élevé : c'est un pays ayant un revenu national brut (RNB) élevé. La Banque Mondiale classe les pays du monde en quatre groupes chaque année selon des critères et des indices de richesse de chaque pays (4) . Durant l'année fiscale 2021 par exemple, les pays à revenu élevé sont ceux qui ont un RNB par habitant supérieur ou égal à 12 536 dollars (113). En d'autres termes, les pays à revenus élevés qui sont en tête de classement sont les pays les plus riches de la planète comme les USA, le Canada, la Chine, l'Australie, le Royaume Uni, la majorité des pays de l'Union européenne et bien plus (5). Selon le projet Atlas, les pays accueillant le plus d'étudiants immigrants et internationaux chaque année sont des pays développés ou à revenu élevé (82)(114). C'est pour cette raison que nous ne considérerons que ces pays comme pays d'accueil. En d'autres termes, les étudiants peuvent venir de n'importe quel pays d'origine, mais le pays dans lequel ils étudient et où a été menée l'étude doit être un pays à revenu élevé pour être inclus dans notre revue.

Accès ou recours aux soins de santé mentale : c'est le fait d'utiliser des services de la santé mentale. Cette utilisation peut avoir été faite par l'étudiant dans le passé, au moment de la collecte de données ou encore dans le futur si l'étudiant a la volonté («willingness») ou a l'intention d'utiliser les services de soins de santé mentale, que ce soit dans son établissement scolaire ou à l'extérieur de l'établissement. Ces soins peuvent être des consultations au service de counseling de l'école, des visites chez les psychiatres, psychologues, psychothérapeutes ou autres professionnels de santé mentale.

Les études publiées en anglais : ce sont tous les articles disponibles en anglais dans les bases de données qu'on a considéré dans cette recherche. Les raisons pour lesquelles nous avons choisi seulement l'anglais comme langue sont les suivantes : d'abord, l'anglais est la langue principale utilisée par la communauté scientifique. Ensuite, elle est la langue la plus utilisée dans la plupart des pays à revenu élevé qui accueillent le plus d'étudiants immigrants et internationaux (82). Enfin, elle est la langue communément parlée par les examinateurs de cette revue. Notons que nous ne ferons aucune distinction du type d'anglais (l'anglais britannique, l'anglais américain/canadien ou encore l'anglais australien) : nous inclurons toutes les études écrites/publiées en anglais, peu importe les variétés de la langue des auteurs principaux.

Tous les designs d'études : puisque la revue de portée nous permet d'inclure tous les types de designs et que nous n'avons pas beaucoup d'informations sur le sujet, nous allons tous les inclure pour être certains de ne pas manquer d'articles pertinents.

Études primaires : toutes les études dont l'objectif principal n'était pas de recenser d'autres études faites sur le sujet. Ces études peuvent utiliser des données primaires (données collectées sur le terrain par les chercheurs même de l'étude) ou encore des données secondaires (données collectées par d'autres chercheurs ou instances comme les bases de données institutionnelles, médicales, gouvernementales...).

3.3.2.2. Critères d'exclusion

Pas d'étudiants immigrants/internationaux : toute personne n'ayant pas le statut d'étudiant et n'étant pas immigrant.

Études faites avec des enfants: tous participants n'étant pas au moins adolescents. Bien que le cadrage de l'intervalle d'âge de l'enfance varie encore selon les organismes, l'OMS constitue notre référence. Selon elle, en tenant compte de la période d'adolescence ci-dessus mentionnée (section «critère inclusion»), les enfants sont les individus ayant moins de 10 ans (112). Donc, les études avec les participants qui ont 10 ans ou moins seront exclues de cette revue.

Pays à faible revenu ou intermédiaire : tous les pays qui n'ont pas un revenu national brut assez élevé pour être considérés comme des pays à revenu élevé dans le classement de la Banque Mondiale (113).

Les études qui n'abordent pas l'accès et le recours aux soins de santé mentale : ce sont toutes les études dans lesquelles les participants n'ont pas accès ou n'ont pas l'intention d'utiliser les services de la santé mentale, que ce soit dans de leur établissement scolaire ou à l'extérieur.

Langue autre que l'anglais : toutes les études écrites ou publiées dans une langue autre que l'anglais.

Revue systématique ou autres revues: ce sont toutes les études secondaires qui synthétisent les informations déjà existantes. Le sujet étant relativement nouveau et n'ayant pas beaucoup d'études, il serait peu probable d'avoir d'étude secondaire de ce genre. Il est important de bien faire la différence entre études secondaires et données secondaires (mentionnées dans la section précédente « critères d'inclusion »).

Commentaires, éditoriaux ou articles d'opinions : ce sont toutes les études qui ne suivent généralement pas une démarche scientifique. Elles sont subjectives et basées sur des opinions personnelles ou des ressentis d'individus. Par conséquent,

nous estimons qu'ils ne contiennent probablement pas d'informations pertinentes justifiées pour répondre à notre question de recherche.

3.4. Étape 3 - Sélection des études

La sélection d'articles pertinents s'est faite par deux examinateurs indépendants (le premier et deuxième auteur). Afin d'accroître la cohérence entre les examinateurs, ils ont préalablement examiné un échantillon de vingt publications sur le sujet comme exercice pratique. Ils ont ensuite discuté des résultats et ont modifié le manuel de sélection et d'extraction des données avant de commencer la sélection pour cette revue.

Pour la sélection proprement dite de cette revue, les deux examinateurs ont travaillé ensemble de manière séquentielle en utilisant le logiciel Covidence. Créé en 2014, c'est le premier logiciel pour la gestion et la rationalisation des revues au monde qui, en plus d'être efficace, permet une meilleure gestion du temps (115). Ce logiciel a été utilisé pour gérer le filtrage des titres, des résumés et des textes intégraux. Par ailleurs, le logiciel bibliographique Zotero a été utilisé pour stocker, organiser et gérer toutes les références(116). Pour faciliter la compréhension, les étapes séquentielles détaillées de la sélection des études sont ci-dessous énumérées et expliquées :

Suppression des duplicates : Cette opération est faite automatiquement par Covidence. En effet, à la suite de nos recherches dans les cinq bases de données choisies, tous les 1150 résultats générés par celles-ci ont été importés dans Covidence, qui a automatiquement identifié les duplicates et les a supprimés pour ne laisser qu'une seule version des articles. 412 duplicates ont été supprimés et les 738 articles restants ont été examinés dans l'étape suivante. Il est important de rappeler que, même si le logiciel Covidence fait assez bien cette suppression des duplicates, il y a encore des failles dans cette opération. En effet, plusieurs duplicates ne sont pas reconnus et supprimés automatiquement durant cette étape. Ce qui nécessite une reconnaissance et suppression manuelle au fur et à mesure qu'on progresse dans les différentes étapes de la sélection des études.

Examen des titres et résumés : Après la migration des articles vers Covidence et la suppression des duplicatas, les deux examinateurs ont chacun examiné les titres et les résumés de 738 articles. Dans cette étape, nous avons principalement regardé dans les titres et les résumés, les différents mots clés (*santé mentale, maladie mentale, immigrant, étudiants, étudiants immigrants* ou *étudiants internationaux* et *accès aux soins* ou *utilisation de services de santé mentale*); le pays dans lequel a été menée chaque étude; la population cible, l'âge des participants ou encore la mention du recours aux services de soins de santé mentale, les barrières/facilitateurs... Les études qui ont un ou plusieurs critères d'exclusions (par exemple, si la population cible n'est manifestement pas des étudiants immigrants ou encore, le pays d'accueil n'est pas un pays à revenu élevé) ont été exclues. Après avoir chacun examiné tous les titres et résumés, les examinateurs se sont rencontrés sur la plateforme de vidéoconférence Zoom pour discuter des désaccords et trouver un consensus avant d'avancer dans la sélection. Cette plateforme a été utilisée pour toutes nos rencontres tout au long de notre recherche, car celle-ci permet une interaction synchrone et est donc adaptée pour le travail à distance comme c'était le cas ici. Les 235 articles retenus après cette étape sont passés à l'examen plus approfondi de l'étape suivante.

Examen des textes intégraux : Durant cette étape de la sélection, les examinateurs ont continué à examiner les textes intégraux des études restantes. Ici, nous sommes allés chercher les textes intégraux de toutes les études retenues de l'étape précédente grâce au logiciel bibliographique Zotero. En effet, Zotero est un outil gratuit, multilingue, sophistiqué et facile à utiliser qui aide à collecter, organiser, citer et partager les sources de recherche (116). Ce logiciel nous a permis de trouver les textes intégraux des articles de notre sélection. Après avoir exporté et téléchargé le document CSV des références d'articles à réviser dans cette étape, nous les avons téléversées dans Zotero afin qu'il puisse retrouver leurs textes intégraux automatiquement. Cette opération permet ainsi de maximiser le temps et l'énergie en nous évitant d'aller chercher ses textes individuellement et manuellement. Donc, après avoir trouvé les textes intégraux associés à chaque article dans Zotero, nous les avons importés à nouveau dans Covidence en format compatible RIS text : lequel est reconnaissable par

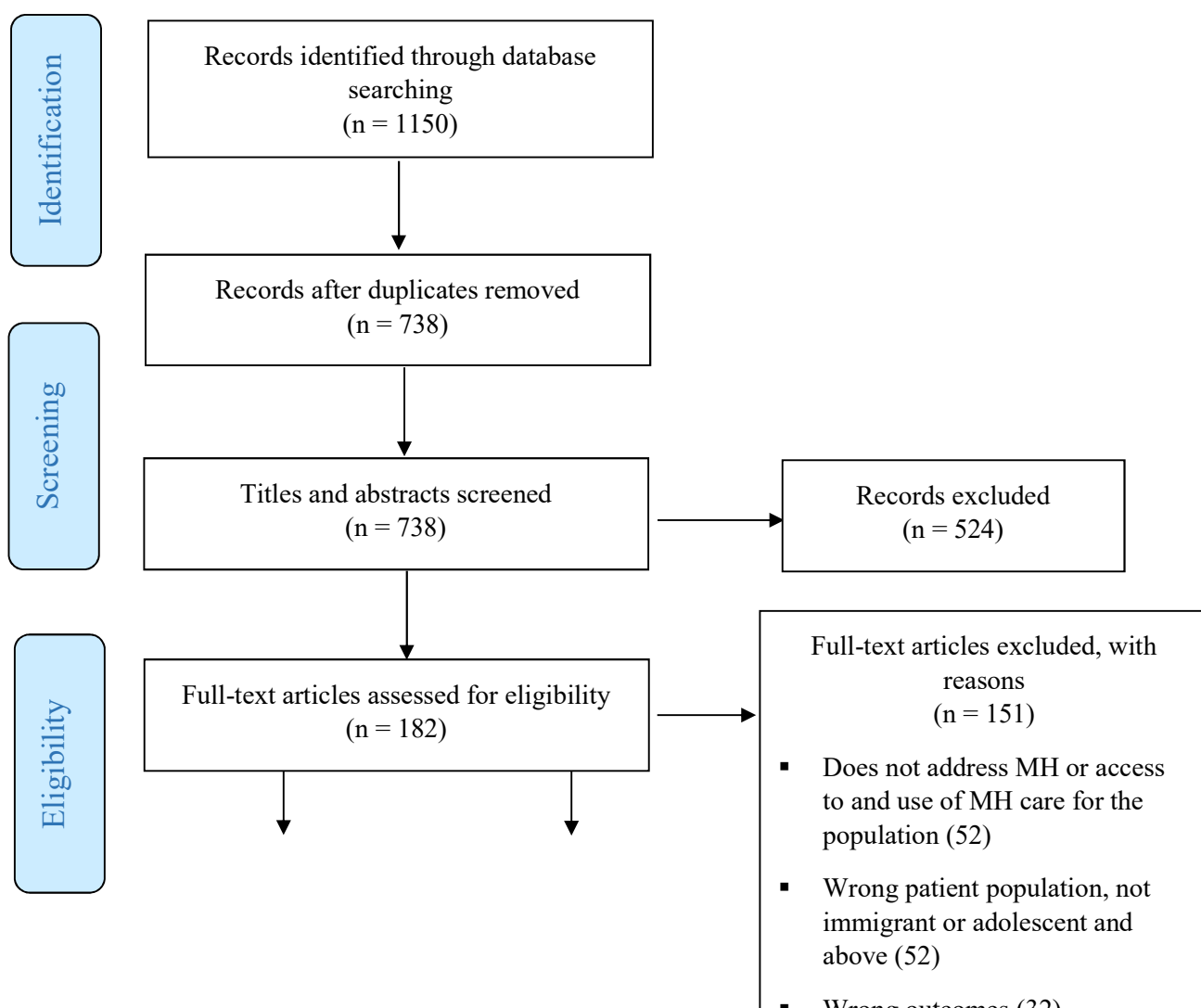
ce dernier. En utilisant ce type de format, le logiciel est à mesure de jumeler chaque titre d'article au texte intégral qui lui est associé. Toutefois, la base de données de Zotero n'est pas complète et parfaite. Alors, certains textes intégraux étant introuvables par celui-ci, nous les avons nous-mêmes cherchés et importés manuellement en format de document portable (PDF) de la bibliothèque de l'université d'Ottawa pour pouvoir les examiner.

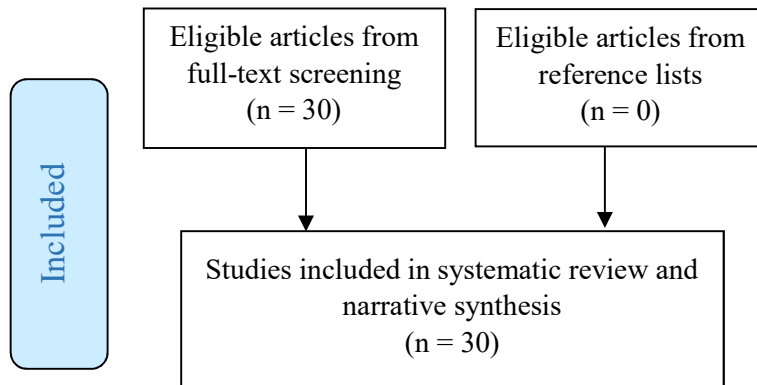
Comme dans les étapes précédentes, chaque examinateur a examiné chaque étude en regardant les critères d'inclusions et d'exclusions. Toutes les études ayant un ou plusieurs critères d'exclusions ont été exclu. Par exemple, en lisant le texte intégral, voici les raisons qui nous ont amené à exclure un article : l'âge des participants est de moins de 10 ans; l'étude est une revue (étude secondaire); les participants ne sont pas immigrants ou sont exclusivement de la seconde génération et plus, les participants ne sont pas étudiants... Nous avons aussi exclu quelques études, car nous n'arrivions pas à trouver leurs textes intégraux, et ce, même après les avoir cherchés sur différents moteurs de recherche (Omni, Researchgate, Google Scholar, Proquest...), après avoir vérifié et fait la demande auprès des bibliothèques concernées (à l'université d'Ottawa, à l'université Deakin et autres). Contraints par le temps, les deux examinateurs ont malheureusement décidé de les exclure et d'avancer.

Après avoir chacun examiner tous les textes intégraux, les examinateurs se sont rencontrés une fois de plus sur la plateforme de vidéoconférence Zoom pour discuter et résoudre les désaccords en trouvant un consensus. Les 30 études retenues à la suite de cette étape sont passées à l'étape suivante : l'extraction des données.

Ci-dessous le diagramme PRISMA de la sélection complète des articles pour cette revue :

Diagramme PRISMA montrant en détail le processus de sélection des articles inclus dans cette revue. On voit ici le nombre et les raisons pour lesquelles les études ont été exclues.





3.5. Étape 4 - Extraction des données

Le processus d'extraction des données et des variables a été développé en vue de faciliter l'identification et la compréhension des résultats pertinents. Encore appelé diagramme des données, ce processus est un résumé logique et descriptif des résultats qui s'alignent avec nos objectifs et notre question de recherche. En nous inspirant du manuel pour les évidences de synthèse de l'Institut Joanna Briggs (JBI) (14), nous avons créé notre propre modèle d'extraction afin de répondre à nos objectifs de recherche. Nous avons donc développé un tableau Excel afin d'enregistrer les informations clés des études à analyser telles que les auteurs, les références et les résultats ou les conclusions pertinentes. L'auteur principal a d'abord créé une première version du tableau d'extraction et l'a ensuite proposé aux autres membres de l'équipe qui ont apporté des commentaires, des suggestions et des ajouts afin de l'affiner. La version finale du modèle comporte les informations clés suivantes : auteur(s); année de publication; origine de l'étude (où a été conduit l'étude); le titre; buts/objectifs; population (âge, sexe, origine, niveau d'éducation); méthodologie / méthodes (mesures et outils utilisés); principaux résultats liés à la question de recherche; barrières; facilitateurs et les recommandations.

3.6. Étape 5 - Rassembler, résumer et rapporter les données

Avant de continuer, il est important de préciser que notre revue de portée se veut d'extraire les résultats des sources incluses et de les présenter sans tenter d'évaluer la certitude de ces résultats ou de les synthétiser, comme le ferait une revue systématique par exemple. Nous allons donc faire le comptage de fréquence de concepts, de populations, des caractéristiques ou d'autres champs de données. Une approche d'examen narratif a été utilisée pour rassembler plus efficacement les données. Celle-ci consiste à prendre chaque étude sélectionnée et à résumer les caractéristiques clés de celle-ci dans un tableau [Les caractéristiques générales des études sont détaillées dans le tableau de l'annexe B]. Le but de cette cartographie des données est d'identifier, de caractériser et de résumer les preuves de la recherche sur les maladies mentales des

étudiants immigrants et leur utilisation des services de santé mentale, y compris l'identification des lacunes de la recherche (117).

CHAPITRE IV- RÉSULTATS

4.1. Caractéristiques générales des études

Trente articles ont été inclus dans cette revue sur l'utilisation des services de santé mentale, les barrières et les facilitateurs à l'utilisation de ces services chez les étudiants immigrants. Dans les prochaines sections, nous donnons un aperçu général des caractéristiques des articles, tels que l'année et le lieu de publication; les méthodologies et les mesures utilisées; la taille et les caractéristiques des participants de l'étude. Les caractéristiques générales des études sont aussi détaillées dans le tableau de l'annexe B du présent document.

4.1.1 Année et lieu des études

Les études ont toutes été publiées entre 1982 et 2020 et vingt-cinq d'entre elles ont été publiées au cours de la dernière décennie (2010-2020). Toutes les études ont été menées dans un pays à revenus élevés selon la classification de la Banque mondiale⁽⁵⁾ : États-Unis (n=24), Australie (n=4), Royaume-Uni (n=1) et Japon (n=1).

4.1.2. Méthodologies employées

La majorité des études était des recherches quantitatives (n=22), les autres étaient des études qualitatives (n=6) et deux d'entre elles étaient des études mixtes. Vingt et une des études quantitatives ont utilisé des questionnaires/sondages d'enquête incluant une variété de mesures (décrite dans la section suivante) pour collecter les données alors qu'une autre a plutôt utilisé un ensemble de données secondaires venant de l'American College Health Association-National College Health Assessment (ACHA-NCHA) (118). En ce qui concerne les six études qualitatives, cinq d'entre elles ont adopté une approche qualitative consensuelle (AQC) et ont utilisé des entretiens semi-structurés en face à face (119–123) alors qu'une autre a plutôt utilisé le groupe focus de discussion comme méthode de collecte de données (124). Les deux études mixtes ont

toutes utilisé des questionnaires/sondages d'enquête pour leur composante quantitative ainsi que des questions ouvertes pour collecter les données qualitatives (125,126).

4.1.3. Mesures et instruments utilisés

Les études ont utilisé une panoplie d'instruments de mesure déjà validée ou plutôt des adaptations de mesure existantes comme le SL-ASIA. Au total, nous comptons près d'une cinquantaine de mesures utilisées dans ces études [un tableau présentant une liste non exhaustive des mesures principales recensées se trouve à l'annexe C de ce document]. Quasiment toutes les études, plus précisément les études quantitatives mesurent les caractéristiques démographiques des participants telles que l'âge, le sexe, le niveau scolaire, les origines, la proportion d'étudiants immigrants/internationaux.

Les instruments les plus utilisés dans les études sont ceux qui mesurent l'attitude des étudiants à l'égard de la recherche d'aide pour les maladies mentales ainsi que tout ce qui pourrait influencer cette recherche d'aide. Ce sont : *l'échelle des attitudes à l'égard de la recherche d'une aide psychologique professionnelle (ATSPPH)* (N=11); *le questionnaire général de recherche d'aide (GHSQ)* (89,93,124,127,128); *l'index des attitudes à l'égard des services de santé mentale (IASMHS)* (n=3); *l'inventaire des intentions de consulter un conseiller pour des problèmes psychologiques ou interpersonnels* ou plutôt pour des problèmes académiques (*ISCI* ou *WSC*) (103,129,130); *l'échelle de stigmatisation ou d'auto stigmatisation de la recherche d'aide (SSRPH ou SSOSH)* (n=3); *l'échelle des croyances sur les services psychologiques (BAPS)* (n=1); *le questionnaire sur les obstacles à la recherche d'aide par les adolescents (BASH)* (n=1); *l'échelle de résistance au counseling de groupe (RGCS)*; *l'indice d'attitude à l'égard de la rétroaction en groupe (ATPFGI)*.

De plus, plusieurs des instruments sont des outils qui mesurent les problèmes psychologiques des participants comme la dépression, l'anxiété, les pensées suicidaires ou tous autres problèmes personnels et émotionnels entraînant une détresse psychologique globale. Ce sont : *l'échelle de dépression du Center for Epidemiological Studies (CED-D)* (104,131); la mesure de la détresse psychologique (dépression et anxiété) *Kessler-10* (128,132); *l'inventaire d'état et de traits d'anxiété ou*

l'échelle d'anxiété intergroupe (STAI) (133); l'échelle de dépression, d'anxiété et de stress (DASS - 21) (129); le questionnaire sur la santé des patients (PHQ-9) (134); l'inventaire des problèmes courants (ICP) (130)); ainsi que l'inventaire du stress au collège (CSI) (125); l'inventaire du stress lié au racisme chez les Américains d'origine asiatique (AARRSI) (135).

Par ailleurs, certains instruments mesurent plutôt des aspects culturels ou sociaux des participants qui affecteraient la santé mentale et l'attitude face à l'utilisation des services de santé mentale. La liste comprend notamment, les mesures comme *l'échelle d'acculturation des personnes s'auto-identifiant comme asiatique de Suinn-Lew (SL-ASIA) (89,133,135,136); l'échelle de stress acculturatif pour les étudiants internationaux (ASSIS) (127); la mesure d'identité ethnique multigroupe (MEIM) (131,135); l'échelle d'adaptation socioculturelle (SCAS) (125); la mesure de l'adhérence aux valeurs culturelles asiatiques (AVS) (125,130) ou la maîtrise des émotions et humilités (AAVS-M) (104); la volonté interculturelle de communiquer (IWTC) (133); l'échelle d'ethnocentrisme généralisé (GENE) (133); l'échelle de connectivité sociale (SCS) (127).*

D'autre part, les auteurs australiens Clough et al. ont mesuré le niveau de connaissance de la santé mentale et des problèmes de santé mentale chez les participants en utilisant *l'échelle de littératie en santé mentale (93,128)*. D'autres ont plutôt mesuré les stratégies pour faire face aux problèmes comme *l'échelle d'auto-efficacité de la stratégie pour faire face (CSES-RF) ou encore l'échelle de la pleine conscience (Mindfulness)cognitive et affective (CAMS-R) (89,134).*

4.2. Caractéristiques des échantillons et des participants

4.2.1. Taille de l'échantillon

La taille totale de l'échantillon total varie significativement entre les études, de 9 à 10 730 participants. L'étude qui compte le moins de participants est l'étude qualitative de Liu et al. de 2020 qui a utilisé une approche interprétative phénoménologique pour examiner les expériences de neuf étudiants étrangers d'Asie de l'Est qui ont sollicité du counseling en santé mentale aux États-Unis(123). En revanche, c'est l'étude

quantitative de Xiong de 2019 qui compte le plus de participants en ayant collecté un ensemble de données secondaires de 10 730 étudiants universitaires américains et internationaux à partir du American College Health Association-National College Health Assessment (ACHA-NCHA) (118).

Les études quantitatives sont celles qui impliquent plus de participants et elles ont aussi une plus grande variation, de 45 à 10 730 participants avec une moyenne de 949 participants. Au contraire, les études qualitatives impliquent le moins de participants avec un nombre variant entre 9 et 33 et une moyenne de 20 participants pour les 6 études qualitatives. Quant aux deux études mixtes de Li et al. de 2013 et Alajlan de 2017, elles comptent respectivement 177 et 197 participants, avec une moyenne de 187 participants. La majorité des participants dans plusieurs études était des étudiants immigrants/internationaux, mais dans certaines études (129,137,138), ceux-ci représentent juste une portion souvent très petite. Par exemple, dans l'étude de Hyun de 2007 et Meyer de 2010, les étudiants internationaux ne représentaient qu'environ 18% de tous les étudiants inclus.

4.2.2. Origine des participants

En ce qui concerne les origines des étudiants participants, ils viennent principalement de l'Asie. En effet, vingt-neuf études mentionnent l'Asie comme origine des étudiants immigrants. De ces études, environ 14, 7 et 6 d'entre elles rapportent respectivement la Chine, la Corée et l'Inde comme pays d'origine. Seule l'étude d'Alajlan de 2017 mentionne spécifiquement l'Arabie Saoudite au Moyen-Orient comme origine des participants(126). Précisons en outre que l'étude australienne de Clough et al. de 2019 ne spécifie pas l'origine des étudiants participants (128). Dans celle-ci, en plus des étudiants domestiques australiens, des étudiants internationaux ayant des origines diverses ont été étudiés comme un groupe homogène. Les auteurs ont d'ailleurs pris le soin de relever cette importante limite dans leur recherche, car il pourrait exister des différences entre les étudiants internationaux en fonction de leur culture, leur sexe et d'autres variables personnelles (128). Cependant, il est très probable qu'une part non négligeable des étudiants internationaux proviennent principalement d'Asie. En effet, selon l'International student data, les étudiants

asiatiques représentaient près de 58% du total d'étudiants étrangers en Australie au début de l'année 2021 (94).

Par ailleurs, neuf études au total rapportent qu'il y avait des étudiants participants Caucasiens de façon générale (134,137,139) ou plus spécifiquement des Européens (93,129,134,138,140,141) ou Nord-Américains (93,124,138). De plus, huit des études rapportent l'Amérique du Sud (Américains Latino/Latina) comme origine ethnique des étudiants inclus dans celles-ci (93,122,129,134,136,138–140). En outre, quatre études ont mentionné l'origine africaine des étudiants participants (93,134,138,140) et trois autres articles ont inclus des afro-américains dans leur étude (129,134,137). En revanche, les articles de Hyun et al. en 2007; Mesidor et Sly en 2014; BongJoo et al. en 2014 ont aussi mentionné des origines « autres » sans préciser desquelles il s'agissait exactement (129,137,139). Seul le travail de Meyer de 2010 mentionne l'Océanie comme origine des étudiants dans son étude (138).

4.2.3. Âge des participants

Les données relatives à l'âge des participants varient beaucoup. Plusieurs études ont donné soit une fourchette d'âge en année variant entre 14 ans et 59 ans tandis que d'autres ont plutôt donné l'âge moyen des participants (16,6 ans - 28,9 ans). Cependant, deux études n'ont précisé ni l'âge moyen ni la fourchette d'âge des participants (118,139). Toutefois, même si elles ne spécifient pas l'âge des participants, ces derniers sont des étudiants universitaires et par conséquent, il est très probable qu'ils soient au moins des adolescents (10 ans et plus).

4.2.4. Sexe des participants

La plupart des études ont inclus des hommes et des femmes ($n = 29$). Dans 19 articles, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes alors que dans 11 autres, c'étaient plutôt l'inverse. En plus des hommes et des femmes, trois articles ont mentionné les transgenres et autres sexes pour définir le genre chez les participants (118,131,134). L'étude de Galligan en 2017, quant à elle, s'est concentrée uniquement sur l'utilisation des ressources en santé mentale des étudiants étrangers chinois de sexe masculin et les obstacles à leur utilisation (120).

4.2.5. Cadre et groupes cibles

La majorité des études incluses ($n = 27$) ont été menées sur des étudiants universitaires. Parmi celles-ci, onze avaient plus d'étudiants gradués (2ème ou 3ème cycle) alors que cinq avaient plus d'étudiants du premier cycle. Cependant, neuf études n'ont pas vraiment spécifié le grade ou le niveau universitaire des étudiants inclus. Trois d'entre elles ont été mené sur des étudiants autres qu'universitaires. Les études de Tummala-Narra et al. de 2018 et de Cha et al. de 2019 se sont centrées sur des étudiants au collège alors que l'étude d'Arora et Algios de 2019 s'est centrée sur des étudiants au niveau secondaire.

4.3. Types de problèmes rencontrés par les étudiants immigrants

Comme les autres catégories d'immigrants, les étudiants internationaux rencontrent en général plusieurs problèmes et défis dans leur pays d'accueil. Cela inclut plusieurs défis qui leur sont propres. Même si toutes les études de cette revue abordent d'une manière ou d'une autre au moins un défi ou problème rencontré par les étudiants immigrants dans leur pays d'accueil, la plupart des participants de ces études n'ont pas été sélectionné sur la base de leur problème de santé mentale spécifique.

Dans cette section, nous présentons les principaux problèmes rencontrés par les étudiants immigrants dans leur pays d'accueil rapportés dans les études. Qu'ils soient mentionnés explicitement dans les objectifs de recherche et mesurés par les outils utilisés ou qu'ils soient dans les résultats, nous avons essayé de tous les identifier en les catégorisant pour faciliter la compréhension. Nous nous sommes inspirés des cinq principaux facteurs de stress acculturatif contribuant aux difficultés d'adaptation (ou défis majeurs) rencontrées par les étudiants internationaux dans leur pays d'accueil qu'ont présentées Smith et Khawaja en 2011 (142) pour regrouper les défis recensés ici. Au lieu des cinq défis de Smith et Khawaja (les barrières linguistiques, les difficultés éducatives, la solitude, la discrimination et les problèmes pratiques associés à des environnements changeants), nous avons plutôt regroupé nos défis en six catégories en ajoutant les problèmes psychologiques, car c'est un problème majeur pour les étudiants immigrants de cette revue. Nos six catégories de difficultés ou défis sont les

suivantes : problèmes psychologiques; problèmes liés au stress socioculturel et linguistiques; problèmes personnels et relationnels; défis éducatifs; la discrimination/racisme/stigma et les défis pratiques.

4.3.1. Les problèmes psychologiques

Les problèmes ou défis psychologiques représentent une raison importante pour laquelle les étudiants immigrants recherchent de l'aide ou consultent. Dans près d'une seizaine d'articles, les auteurs ont mentionné explicitement les problèmes psychologiques comme étant une préoccupation (89,93,103,104,118,120,121,124,127–134,139,143). La dépression, mesurée par CES-D, K-10, PHQ-9, DASS-21 ou ICP, est le premier problème psychologique mentionné dans la littérature (n=8) (103,104,128–132,134). Ensuite, l'anxiété ou le trouble d'humeur, mesuré par DASS-21, ICP, K-10, STAI, est le deuxième problème psychologique le plus mentionné dans les études (n=6)(128–130,132,133,139). L'étude de Bong Joo et al. de 2014 révèle que l'anxiété et le trouble d'humeur étaient une préoccupation majeure chez les étudiants étrangers à l'université Midwest au USA (139).

En plus, certaines études mentionnent aussi les problèmes personnels émotionnels et idées suicidaires mesurés principalement par GHSQ (n=5) (89,93,124,127,128). D'autres font la mention de symptômes psychologiques liés au stress en général (89,118,132,134), des problèmes reliés à l'utilisation de substances comme la drogue (130,143) ou encore des problèmes psychologiques non spécifiés (103,120,130).

4.3.2. Les problèmes liés aux facteurs de stress socioculturel et linguistique

Quasiment toutes les études de cette revue abordent ou traitent d'une manière ou d'une autre des problèmes socioculturels des étudiants immigrants. Plusieurs mentionnent explicitement les facteurs socioculturels comme étant un important problème et une source de stress chez les étudiants immigrants (n=16). Ces facteurs ont été exprimés et mesurés par des instruments comme SL-ASIA (CSIA) (89,133,135,136); ISCI (103,129,130); MEIM (131,135); AVS (125,130); SCAS (103); FNE (103); SCS (127); STS (135); CSI (125); AAVS-M(104); IWTC et GENE (133); ASSIS (127).

Le stress de l'acculturation que vivent les étudiants immigrants est l'un des problèmes socioculturels majeurs. Près d'une dizaine d'études ont étudié l'acculturation ou le stress acculturatif chez les étudiants immigrants dans leur pays d'accueil (89,103,119–121,123,127,133,135,136,138). Les changements culturels que vivent ces étudiants pour s'adapter et s'intégrer dans leur nouvelle culture d'accueil sont généralement stressants et constituent un grand défi. Mesuré par les outils comme le SL-ASIA (CSIA), GENE, ASSIS ou le MEIM, le stress de l'acculturation est déterminé par deux principaux paramètres : la durée du séjour dans le pays d'accueil et la fluidité (ou connaissance) de la langue (l'anglais) parlée dans celui-ci. Plusieurs études ont observé par exemple que plus la durée de séjour des étudiants était élevée (136–138,144) ou plus les étudiants avaient une bonne connaissance et fluidité en anglais (121,127), plus ils étaient acculturés et moins était leur stress d'acculturation. À l'inverse, moins était la durée de leur séjour ou leur fluidité en anglais, moindre était leur niveau d'acculturation et plus était leur stress.

La langue, qui est liée à la communication, à l'acculturation et la sociabilité, est un problème sous-jacent très important à l'intégration des étudiants immigrants dans leur pays d'accueil. Selon l'auteur américain Meyer, le manque de maîtrise de l'anglais était la source d'un grand stress chez les étudiants internationaux aux USA (138). Ceci peut être plus difficile lorsque ces étudiants arrivent d'un pays n'ayant pas la même langue officielle. De plus, dans le travail de recherche de Rhee de 2018, le manque de fluidité en anglais était une source de stress acculturatif et pour certains étudiants thaïlandais interviewés, c'était leur plus grand défi (121).

4.3.3. Les problèmes liés au stress éducatif/académique

Ce sont tous les problèmes en lien avec les études qui engendrent du stress chez les étudiants immigrants. Les études qui mentionnent ce type de problème (118,122,125,134,139) les ont essentiellement mesurés par *Inventaire du stress au collège* (CSI) et *L'échelle de volonté de consulter* (WSC) (125) ou encore par des questions d'interview (118,122,134,139).

Ce stress est généralement lié à certaines périodes précises. Dans l'étude mixte sur *la volonté des étudiants internationaux asiatiques de consulter un service de*

counseling de Li et al. de 2019, les auteurs ont mesuré à l'aide de CSI un ensemble de stress (académique, social, financier) que vivent ces étudiants. Ils ont aussi utilisé la *sous échelle Problèmes scolaires et professionnels* pour mesurer la volonté des participants à consulter pour des problèmes scolaires et les résultats montrent que le stress académique était une des principales raisons pour lesquelles les étudiants internationaux asiatiques allaient consulter un professionnel de santé mental. Selon les auteurs, la période suivant l'arrivée dans le nouvel établissement scolaire aux USA ainsi que les périodes d'examens sont des périodes phares pendant lesquelles ces étudiants vivent un niveau de stress académique élevé (125).

Le fait de ne pas bien connaître ou comprendre le système (122) ajouté à des limitations linguistiques (138) peuvent indirectement engendrer du stress chez les étudiants qui auraient la difficulté à s'adapter. Dans l'étude de Bong Joo et al. de 2014, les problèmes d'adaptation et d'apprentissage étaient la 4^{ème} préoccupation des étudiants étrangers aux USA (139).

4.3.4. Les problèmes personnels ou relationnels

Les problèmes personnels ou relationnels constituent aussi des défis auxquels font face les étudiants immigrants et sont souvent liés à d'autres problèmes rencontrés par ces derniers. Ne pas avoir de bonnes relations avec son conseiller ou ses professeurs (126,137,139), son partenaire ou ses amis était une préoccupation chez les étudiants (89,123,127). Dans l'étude de Bong Joo et al. de 2014, les problèmes relationnels étaient la première préoccupation des étudiants internationaux à l'université d'État du Midwest aux USA. En effet, 48 % d'entre eux avaient des problèmes relationnels et selon les auteurs, c'est peut-être dû au fait que ces étudiants ne sont pas familiers avec les normes culturelles américaines de développement des relations et de communication, qui incluent les colocataires, les camarades de classe, le personnel, les professeurs et d'autres individus (139).

4.3.5. Les problèmes liés à discrimination/racisme/stigma

Ce sont les problèmes que rencontrent les étudiants immigrants à cause de leurs différences (par exemple, leur origine, leur race, leur accent, leur statut...). Certaines études mentionnent ce type de problèmes (122,123,135). Santiago utilise par exemple

le *Asian American Racism-Related Stress Inventory (AARRSI)* pour mesurer le racisme socio-historique, racisme général et racisme perpétuel de l'étranger dans cette population. Selon l'auteur, le racisme était une préoccupation chez les étudiants américains asiatiques. Il souligne que le racisme aurait des répercussions négatives sur le bien-être émotionnel et psychologique d'une personne (135). Pour sa part, l'étude de Cha et al. de 2019 montre que les étudiants immigrants sans papiers en Californie ont identifié de multiples facteurs de stress liés à leur statut d'immigrant. Ceux-ci ont exprimé avoir tous des craintes pour l'avenir et ces craintes sont centrées sur leur incapacité potentielle à obtenir un emploi officiel et à poursuivre une carrière après l'obtention de leur diplôme, car ils doivent faire face à plusieurs sortes de stigmatisation : celle liée à la maladie mentale; celle liée au statut d'immigration (comme le risque de stigmatisation sociale et de menaces d'expulsion lorsqu'ils révèlent leur statut à d'autres personnes) (122).

4.3.6. Les problèmes pratiques/financiers

Ce sont tous les problèmes pratiques liés à l'emploi, la carrière, les pressions financières, les coûts éducatifs supplémentaires comme les livres, la nourriture et le logement que rencontrent les étudiants immigrants dans leur pays d'accueil. L'étude qualitative de 2018 de Rhee, qui identifiait les différents facteurs liés à l'acculturation des étudiants étrangers thaïlandais interviewés, a révélé que le coût plus élevé de la vie aux USA pouvait être un défi pour ces étudiants. Un étudiant participant a même « déclaré qu'il avait du mal à acquérir des produits de " bonne " qualité parce qu'il ne pouvait pas se les payer ». Le manque de financement peut être un défi quotidien pour certains étudiants. De plus, dans l'étude qualitative sur les étudiants sans papier aux USA de Cha et al. en 2019, les auteurs révèlent qu'il y aurait un large éventail de lois et de politiques fédérales, étatiques et locales qui constituent de barrières pour ces étudiants avec un statut illégal. Celles-ci limitent leur accès à l'éducation, leurs possibilités d'emploi, leur participation sociale, leur mobilité spatiale et ils sont souvent menacés d'expulsion. Alors, leur statut d'immigré et de sans-papiers légaux est la source sous-jacente de leur stress quotidien (122).

Les étudiants immigrants dans les pays à revenus élevés expérimentent une variété de défis. Tous ces défis sont d'imminentes sources de stress ayant un impact délétère sur leur santé mentale. Comme nous l'avons vu, ces problèmes peuvent être tous interreliés, vécus en même temps ou de façon séquentielle. Par exemple, les difficultés linguistiques peuvent entraîner un stress social (l'anxiété sociale) et culturel (stress acculturatif) qui peuvent éventuellement conduire à des problèmes de santé mentale comme l'anxiété et la dépression. Puisque l'exposition à ces nombreux défis a un impact négatif sur la santé mentale, il serait important de trouver des solutions afin de les éliminer ou les réduire au maximum chez les étudiants immigrants.

Dans la prochaine section, nous recensons les différentes sources d'aide et les services qu'utilisent les étudiants immigrants lorsqu'ils font face aux différents problèmes et défis susmentionnés. C'est généralement lorsqu'ils ne peuvent pas résoudre eux-mêmes leurs problèmes qu'ils ont recours à de l'aide formelle ou informelle pour les aider à mieux les gérer.

4.4. Services de santé mentale

De façon générale, la littérature montre que les étudiants immigrants utilisent moins les services de santé mentale que les étudiants domestiques. Dans cette revue, plusieurs sortes de services de santé mentale sont mentionnées. Le service le plus utilisé est le service de counseling qui est très souvent disponible dans l'établissement scolaire (93,103,118,119,121–123,125,126,129,130,137,139,143,144) ou les services d'aide mentale basés à l'école qui est une forme de counseling (124). Selon l'Association Canadienne de Counseling et de Psychothérapie,

« le counseling est un processus relationnel se basant sur un usage éthique de compétences professionnelles spécifiques afin de faciliter le changement humain. Le counseling aborde le bien-être, les relations interpersonnelles, la croissance personnelle, le développement de carrière, la santé mentale, ainsi que la maladie et la détresse psychologiques »(145).

Ici, lorsqu'on parle de service de counseling, nous nous limitons à la forme d'intervention psychologique donnée par un professionnel donc le but est d'aider

l'étudiant immigrant à faire face aux difficultés d'adaptation et d'ordre psychologique qui l'empêchent de fonctionner adéquatement dans son nouvel environnement à un moment donné.

De plus, une dizaine d'études ont mentionné des services d'aide psychologique plus généraux avec des professionnels de la santé mentale (89,119,122,124,127,128,130,131,133,138). Certaines études mentionnent également les services de praticiens généraux (118) ou de docteur médicaux (89) comme source d'aide formelle utilisée par certains étudiants immigrants.

En outre, les interventions thérapeutiques ou psychothérapies qui sont souvent confondues au counseling sont aussi mentionnées dans cette revue (118,141). Selon l'association Américain de psychiatrie (APA), «la psychothérapie, ou thérapie par la parole, est un moyen d'aider les personnes souffrant d'une grande variété de maladies mentales et de difficultés émotionnelles ». Elle peut aider à éliminer ou à contrôler les symptômes troublants afin que la personne souffrante puisse être mieux ou guérie pour alors bien fonctionner dans la vie (146). Les problèmes souvent traités lors des psychothérapies comprennent les difficultés à faire face à la vie quotidienne, l'impact d'un traumatisme, d'une maladie ou d'une perte, comme la mort d'un être cher, et des troubles mentaux spécifiques, comme la dépression ou l'anxiété (146). L'étude de Tang et al. de 2012 suggère que les étudiants internationaux chinois et britanniques aient une probabilité potentiellement similaire à avoir recours aux interventions thérapeutiques, même si les difficultés rencontrées semblent différer en nature et en étendue (141).

Par ailleurs, certaines études révèlent que les étudiants immigrants sont plus susceptibles à rechercher, premièrement, de l'aide des sources informelles (132,134) comme les parents, les amis, les partenaires intimes (89,127). L'étude de Nguyen et al. de 2019, qui examinait et comparait les comportements de recherche d'aide des étudiants dans un environnement multiculturel au Japon, montre que les étudiants internationaux et nationaux cherchaient premièrement une aide émotionnelle auprès de sources informelles. Les trois principales sources d'aide chez les étudiants nationaux étaient les parents, les amis et le partenaire intime alors que chez les étudiants

internationaux c'étaient plutôt le partenaire, les parents et les amis. Selon les auteurs, les étudiants internationaux étaient plus disposés à chercher de l'aide auprès de sources diverses que les étudiants nationaux (127). Aussi, le travail de Xiong publié en 2018 mentionne que des étudiants immigrants asiatiques aux USA auraient aussi cherché de l'aide auprès des prêtres, le clergé et autres figures religieuses (118).

Dans cette section, nous avons vu que, lorsque les étudiants immigrants expérimentent du stress ou des problèmes de divers ordre, ils préfèrent avoir premièrement recours à des sources d'aide informelles (amis, parents, partenaires, autorités religieuses...). C'est souvent lorsque leurs problèmes se détériorent ou deviennent plus sérieux (125) qu'ils ont recours aux sources d'aide formelles et utilisent divers services de santé mentale comme le counseling, la psychothérapie ou de l'aide psychologique générale de professionnels de santé mentale.

Dans les prochaines sections, nous traitons des barrières et des facilitateurs à l'utilisation des services de santé mentale que rencontrent les étudiants immigrants dans les pays à revenus élevés. Le tableau 1 suivant donne une vue d'ensemble des principales barrières et des facilitateurs à l'utilisation des services de santé mentale rencontrés par les étudiants immigrants répertoriés dans les articles de cette revue.

TABLEAU 1 : Principales barrières et facilitateurs à l'utilisation des services santé mentale chez les étudiants immigrants dans les pays à revenu élevés

Fréquence moyenne (nombre d'études)	
BARRIÈRES	
Attitudinales	
Stigma, stéréotypes, discrimination, doute et peur	21
Masculinité/être un homme	8
Manque de confiance envers les professionnels et le système	4
Culturelles	
Être non occidental ou asiatique	8
Adhérence culturelle (collectivisme)	5
Manque de services culturellement appropriés	3
Connaissances	
Manque de connaissances ou d'informations	10
Nécessité non perçue	4

Doute sur l'utilité des services	4
Structurelles ou Pratiques	
Temps	7
Coûts	5
Pas de contacts précédents	2
Doute sur la confidentialité	3
Sociales et relationnelles	
Relations fonctionnelles avec les conseillers	1
Être en groupe avec des compatriotes asiatiques	1
FACILITATEURS	
Attitudinaux	
Être femme	5
Confiance envers les professionnels et le système	4
Ouverture d'esprit et tolérance élevée	3
Étudiants de premier cycle	2
Culturels	
Forte acculturation	6
Origine occidentale ou non asiatique	1
Connaissances	
Bonnes connaissances et littératie en santé mentale	4
Avoir des troubles sévères	3
Bon niveau et bonne fluidité en anglais	2
Structurels ou Pratiques	
Avoir eu des contacts précédents avec les services	4
Confidentialité	2
Sociaux et relationnels	
Avoir une bonne connectivité sociale	3
Avoir des conflits ou des problèmes relationnels avec les conseillers/professeurs	2
Autres facilitateurs peu intuitifs	
Stress relié au racisme	1
Isolement	1

4.5. Barrières à l'utilisation des services de santé mentale

Les barrières sont tous les facteurs ou éléments qui pourraient empêcher, entraver ou dissuader les étudiants immigrants de chercher de l'aide une première fois ou à nouveau. Dans pratiquement toutes les études retenues et révisées, nous avons pu reporter au moins une ou plusieurs barrières (N=29). L'étude de Mesidor et Sly est la seule dans laquelle nous n'avons pu identifier de barrières. Afin de faciliter la compréhension, nous nous sommes inspirés de la catégorisation faite par Wang et al.

dans leur étude publiée en 2019 intitulée *Asian Immigrant Parents' Perception of Barriers Preventing Adolescents from Seeking School-Based Mental Health Services*. Cette étude s'inspire des études existantes portant sur les obstacles aux services de santé mentale en général, et particulièrement chez les Asiatiques ou Américains Asiatiques, pour catégoriser les obstacles empêchant les adolescents d'utiliser les services de santé mentale en milieu scolaire. Selon les auteurs, ces obstacles sont aussi constatés chez d'autres populations culturellement et linguistiquement diverses, notamment les Latinos et les Afro-Américains (147). Nous avons donc regroupé les barrières en cinq catégories majeures soient : les barrières attitudinales, les barrières culturelles, les barrières liées à la connaissance; les barrières structurelles ou pratiques/logistiques et les barrières relationnelles. Pour chacune de ces catégories, nous avons rassemblé les données semblables s'y rattachant en thèmes développés à partir de la terminologie utilisée dans la littérature examinée. Ci-dessous elles sont décrites plus en détail.

4.5.1. Barrières attitudinales

Ce sont les obstacles en lien avec l'attitude qu'ont les étudiants immigrants vis-à-vis des maladies mentales et des services de santé mentale dans les pays d'accueil. Ce sont aussi les attitudes qu'affiche leur entourage immédiat (comme la famille, les pairs...) ou non immédiat (la communauté culturelle, les concitoyens...) qui pourraient influencer sur l'utilisation des services de santé mentale. Parmi ces obstacles, nous pouvons d'abord citer **le stigma, les stéréotypes, la discrimination, le doute et la peur** (89,93,103,118–120,122–128,130,131,133,136,137,139,140,143). Tous ces éléments sont très souvent en lien avec la culture. Par exemple, l'étude de Lee en 2014 sur les barrières que rencontrent les étudiants internationaux asiatiques à rejoindre les groupes de Counseling montre que ceux-ci peuvent s'inquiéter de comment ils seront perçus par les autres, surtout lorsque la recherche d'aide en santé mentale est stigmatisée dans leur culture d'origine (103). Ils ont aussi indiqué qu'ils seraient peu confortables à auto-divulguer leurs informations en présence d'un étudiant venant du même pays d'origine qu'eux, en particulier, si leurs problèmes ne peuvent pas être acceptés par leur communauté ethnique (par exemple, l'orientation sexuelle). Ils

seraient ainsi plus à l'aise à partager leurs informations avec des étudiants d'autre pays que le leur par peur d'être stigmatisés. Aussi, d'après Nguyen et al. en 2019, même pour une aide informelle, il y aurait chez les étudiants internationaux une stigmatisation, une honte et une peur de partager avec d'autres. En effet, ils ne veulent pas forcément inquiéter leur famille et leurs proches, car ils sont souvent considérés comme la fierté de leurs parents, voire de toute leur famille. Ce qui rendrait plus difficile l'échange et le partage de tels problèmes avec les personnes restées au pays (127). En plus, certains parents d'étudiants immigrants asiatiques pouvaient aussi ressentir une honte associée à l'utilisation des services de santé mentale de leur enfant à cause de la forte pression culturelle et du collectivisme que vivent les ressortissants asiatiques même à l'extérieur de leur pays (124).

Ensuite, plusieurs études mentionnent aussi la **masculinité ou le fait d'être un homme** comme étant un obstacle à l'utilisation des services de santé mentale chez plusieurs étudiants immigrants, surtout chez les Asiatiques (3,8,9,14,20,22,26,27). Selon Galligan en 2017, les normes de masculinité seraient influencées par les normes culturelles et prôneraient la volonté de se gérer soi-même telle que le désir d'être vu comme un dur ou un fort, le sentiment de ne pas pouvoir pleurer et de ne pas devoir exprimer ses émotions, et le désir de ne pas être vu comme un faible (120). Donc, cette masculinité chez les hommes a tendance à les pousser à ne pas utiliser les services de santé mentale lorsqu'ils expérimentent des problèmes mentaux (3,8,9,14,20,22,26,27). Dans l'étude d'Alajlan par exemple, les hommes étaient plus susceptibles de se sentir stigmatisés par le Counseling et avaient un score de tolérance plus faible que les femmes (126). L'adhésion à la culture asiatique étant très forte même au-delà des frontières et être un homme venant des communautés asiatiques pouvait être une barrière additionnelle à l'utilisation des services de santé mentale (120,126,127).

Aussi, certaines études mentionnent le **manque de confiance envers les services de santé mentale et les professionnels** dans le pays d'accueil comme une autre barrière au recours à de tels services (119–121,136). Ces études montrent que les étudiants étrangers seraient sceptiques et auraient une certaine réserve à avoir recours aux soins de santé mentale. Pour sa part, l'étude de Tang et al. de 2012

mentionne plutôt **le manque d'ouverture de certains étudiants** à leur nouvelle société d'accueil ou même une méfiance culturelle (141). Selon les auteurs, ces étudiants ne croiraient pas à l'efficacité des services, la légitimité des professionnels et leur aptitude à les comprendre pour les aider efficacement. De plus, l'étude américaine de Wong de 2014 montre que les étudiants asiatiques internationaux qui adhéraient fortement à **l'autocontrôle émotionnel et à l'humilité** avaient tendance à avoir des attitudes négatives à l'égard de la recherche d'une aide psychologique professionnelle (104). Selon l'auteur, ceux qui adhèrent fortement à la valeur culturelle de l'humilité peuvent être mal à l'aise à affirmer leurs besoins et peuvent donc avoir des attitudes plus négatives en raison de la perception que la psychothérapie encourage une concentration sur le soi, qui serait contraire à leur valeur (104).

4.5.2. Barrières culturelles

Il s'agit de tous les obstacles en lien avec la culture originelle des étudiants immigrants et son interaction avec la culture du pays d'accueil. Le déphasage entre les aspects culturels des deux pays (d'origine et d'accueil) (121) peut créer un choc culturel chez ces étudiants qui doivent en quelque sorte s'y adapter pour réussir. Si la majorité des obstacles culturels relevés dans le cadre de cette revue est propre aux étudiants eux-mêmes, certains concernent aussi les professionnels de santé mentale que ceux-ci rencontrent.

Plusieurs d'études ont signalé qu'**être un étudiant non occidental et particulièrement asiatique** pouvait être un obstacle au recours aux soins de santé mentale (120,123,125,130,133,135,137,140). L'étude de Dadfar et Friedlander rapportait déjà en 1982 qu'être étudiant non-occidental (africains et asiatiques) pouvait être une barrière à l'utilisation des services de santé mentale (27). Les auteurs indiquent que la forte identité ethnique, la forte adhérence aux valeurs traditionnelles ou encore la pression culturelle qu'auraient les étudiants immigrants, en particulier asiatiques pouvaient freiner leur ouverture et leur volonté à utiliser les services de santé mentale (120,123,125,130,133,135,137,140). Par exemple, l'étude de Santiago de 2006 indique que l'identité asiatique des étudiants étrangers, en particulier ceux de l'extrême Orient-Est (exemple : la Chine, le Japon, les deux Corées), qui adhèrent fortement aux

valeurs traditionnelles asiatiques, constituerait un obstacle (135). L'étude de Xie de 2008 sur les étudiants internationaux chinois aux USA montre que plusieurs participants avaient une attitude ambivalente à l'égard du counseling : sur le plan intellectuel, ils pensaient que consulter pouvait être utile, mais sur un plan plus personnel, ils doutaient de l'efficacité certainement parce que leur contexte culturel ne serait pas compris lors de ces consultations (119). Cependant, l'étude de Li et al. en 2013 souligne que les étudiants internationaux asiatiques auraient tendance à avoir une attitude plus favorable envers les services de santé mentale qu'envers les formes d'aide traditionnelles propres à leur culture.

Certaines études mentionnent **le manque de services culturellement appropriés** comme étant aussi un frein à l'utilisation des services de santé mentale par les étudiants immigrants dans leur pays d'accueil (123,126,139). Ces études révèlent que le manque de compétences culturelles des professionnelles de soins de santé mentale peut amener les étudiants immigrants à se sentir culturellement incompris. Donc, ils éviteront de consulter à nouveau. De plus, le travail de recherche de Meyer de 2009 sur les étudiants internationaux d'origines diverses dans l'école d'architecture de Boston aux USA a trouvé sans s'y attendre qu'une forte acculturation était une barrière (138). Selon l'auteur, cela pourrait s'expliquer par le fait que « le développement de la maîtrise de l'anglais augmente l'exposition aux stigmates au sein de la culture d'accueil, tout en réduisant la détresse psychologique au fur et à mesure que la personne devient plus compétente sur le plan culturel ». Ce qui peut réduire les attitudes de recherche d'aide et l'utilisation des services psychologiques (138).

4.5.3. Barrières liées à la connaissance

Nous faisons référence ici à tout ce qui a trait avec le manque/faible niveau de connaissances ou d'informations sur les services de santé mentale (ou le système même du pays d'accueil) et aussi de l'identification des symptômes/maladies mentales. Ainsi, le manque de la perception ou le doute de l'utilité des services de santé mentale et la non-familiarité au système sont des éléments pouvant dissuader les étudiants immigrants d'utiliser les services de santé mentale dans leur pays d'accueil.

Une dizaine d'études mentionnent **le faible niveau de connaissances et le manque d'informations** comme un obstacle à l'utilisation des services par les étudiants immigrants (93,118–120,122,124,128,132,137,139). L'étude de Clough et al. de 2019 qui examinait les connaissances en santé mentale et les attitudes de recherche d'aide entre les étudiants nationaux et internationaux en Australie montre qu'un faible niveau de connaissance de la santé mentale était liée à des attitudes moins favorables à la recherche d'aide. Elle révèle que le niveau de connaissance en santé mentale était également plus faible chez les hommes, chez les étudiants arrivés récemment en Australie ainsi que les étudiants qui n'avaient jamais eu de contact avec les services de santé mentale (128).

Pour certains auteurs, les étudiants qui manquent de connaissances au sujet de la santé mentale **ne perçoivent souvent pas la nécessité des services** de santé mentale (119,120,122,131). Ce qui peut faire naître en eux le doute sur leur utilité réelle et peut ainsi être un frein à l'utilisation de ces services (120,122,124,128). Le travail de recherche de Xie de 2008 révèle que, même si la plupart des participants de l'étude étaient conscients de l'existence des services de santé mentale et démontraient un certain degré de compréhension des concepts du counseling psychologique, plusieurs ont déclaré ne pas être familiers avec le processus et les procédures de counseling (119). En outre, le travail de recherche de Rhee révèle que les difficultés linguistiques comme le fait de manquer la fluidité en anglais sont des obstacles à l'utilisation des services de santé mentale. L'auteur rapporte que certains étudiants thaïlandais aux USA préféraient voir un conseiller thaïlandais, car ce dernier les comprendra mieux, surtout que certains mots en Thaïlandais ne peuvent être directement traduits en anglais (121).

4.5.4. Barrières structurelles, pratiques/logistiques

Les barrières structurelles, pratiques et logistiques ne dépendent pas souvent des étudiants eux-mêmes, mais plutôt des facteurs propres au pays d'accueil. Ce sont pour la plupart des facteurs qui entravent l'accessibilité aux soins de santé mentale.

Le temps ou les facteurs liés au temps ont été mentionnés dans plusieurs études (89,119,120,122,126,128,132). Le long temps d'attente dû aux longues listes

d'attente pouvait démotiver les étudiants immigrants qui veulent utiliser les services de santé mentale. L'étude de Lian et al. de 2020 souligne par exemple que les étudiants employés à plein temps, très souvent les étudiants plus âgés et gradués, utilisaient moins les services de santé mentale souvent par manque de temps (89).

Les coûts ont aussi été mentionnés comme des barrières à l'accessibilité et à l'utilisation des services de santé mentale (119–121,126,132). L'étude de Rhee en 2018 révèle par exemple que les étudiants internationaux thaïlandais de l'étude semblaient préférer utiliser le soutien social plutôt que des services avec des professionnels en raison des dépenses associées. Puisqu'ils n'ont généralement pas accès aux prêts étudiants comme les étudiants américains et qu'ils utilisent leur épargne personnelle pour payer leurs frais d'études, ils ont très souvent un budget serré et ne peuvent donc pas se permettre des dépenses supplémentaires pendant leurs études (121).

Le fait de **ne pas avoir eu de contacts précédents** avec le service de santé mentale (128,140) et avoir des **inquiétudes sur la confidentialité** des séances de consultations (119,120,122) serait des obstacles à l'accès aux soins par les étudiants. Dans l'étude de Clough et al. de 2019, les étudiants étrangers qui n'avaient jamais eu de contact avec les services de santé mentale avaient moins de connaissances en santé mentale ce qui rendait difficile d'avoir recours aux services une première fois (128). Pour sa part, l'étude de Cha et al. de 2019 montre que les étudiants sans documents légaux s'inquiétaient plutôt de la confidentialité des consultations et que pour cette raison, plusieurs pouvaient ne pas utiliser les services (122).

4.5.5. Barrières sociales/relationnelles

Ces barrières sont dues aux relations qu'ont les étudiants immigrants dans leur pays d'accueil ou dans leur pays d'origine. Ces relations peuvent être avec les membres de leur communauté respective ou des personnes au sein de leur établissement comme leurs conseillers. Des études ont constaté que les étudiants asiatiques, qui avaient une forte adhérence culturelle et donc le collectivisme restait fort même à l'extérieur de leur pays d'origine (103,123,125,130,133), préféraient ne pas utiliser les services surtout lorsqu'il y avait d'autres concitoyens dans les séances. Ainsi, l'étude de Lee de 2014 qui examinait les obstacles rencontrés par les étudiants

internationaux asiatiques pour participer à des groupes de counseling montre qu'ils étaient mal à l'aise et n'aimaient pas participer à des groupes de counseling avec d'autres étudiants asiatiques (103). Ils préféraient être dans des groupes avec d'autres étudiants domestiques ou internationaux pour ne pas être stigmatisé et ne pas perdre la face devant leur communauté (103).

Aussi, l'étude de Hyun de 2007 a trouvé que les étudiants internationaux qui avaient une bonne relation fonctionnelle avec leurs conseillers (conseiller pédagogique/académique, superviseur, conseiller carrière professionnelle ou tout autre type de conseiller) étaient moins susceptibles d'avoir eu un problème lié au stress ou un problème émotionnel. Ils étaient alors moins susceptibles d'utiliser des services de santé mentale (137). De bonnes relations avec le conseiller contribueraient donc au bien-être et auraient le potentiel de faciliter l'adaptation et l'intégration des étudiants étrangers. Ce qui les préserverait d'avoir recours aux services d'aide comme le counseling en santé mentale.

4.6. Facilitateurs à l'utilisation des services de santé mentale

Les facilitateurs sont tous les éléments qui facilitent ou qui peuvent encourager les étudiants à avoir recours aux soins de santé mentale. Donc, toute expérience positive vécue par les étudiants immigrants et étrangers sera considérée comme un facilitateur. Contrairement aux barrières, nous avons recensé moins de facilitateurs et certaines études n'en mentionnent aucun (104,122,130–132,144). Comme avec les barrières, nous nous sommes aussi inspirés de la catégorisation faite par Wang et al. pour regrouper les facilitateurs (attitudinaux, culturels, liés à la connaissance, structurels ou pratiques/logistiques et relationnels) à l'utilisation des services de santé mentale (147). Pareillement, nous avons rassemblé pour chacune de ces catégories les données semblables s'y rattachant en thèmes développés à partir de la terminologie utilisée dans la littérature examinée. Dans les sections ci-dessous, nous les décrivons plus en détail.

4.6.1. Facilitateurs attitudinaux

Les facilitateurs attitudinaux sont les facteurs ayant trait à l'attitude ou aux comportements des étudiants immigrants qui auraient un impact positif sur le recours aux soins de santé mentale. Plusieurs études ont mentionné que **les femmes** avaient plus de facilité à consulter (125–127,138,139). Bien que ces auteurs donnent très peu d'explications sur ce fait, nous pouvons croire que contrairement aux hommes qui ont une forte masculinité (considéré comme étant une barrière), les femmes seraient plus tolérantes et promptes à utiliser les services de santé mentale (126). Dans l'étude de BongJoo et al. en 2014 et d'Alajlan en 2017 par exemple, les étudiantes internationales ont plus souvent utilisé les services de counseling que les hommes (9,14).

Avoir confiance aux professionnels de santé mentale et au système peut aussi faciliter l'utilisation des services de santé mentale par les étudiants immigrants (123,124,136,141). En effet, les étudiants qui ont confiance aux professionnels surtout après un premier contact (119), auraient une plus grande facilité à consulter de nouveau lorsque c'est nécessaire. En ce qui concerne le système, c'est plutôt ceux qui ont l'assurance de la sécurité et du maintien de leur vie privée qui seraient plus confiants à utiliser les services de santé mentale (124).

L'ouverture d'esprit et une tolérance élevée qui dépendent fortement de la culture d'origine, mais aussi de la culture d'accueil, pouvaient faciliter le recours aux soins de santé mentale par les étudiants (119,126,136). L'ouverture dépend en grande partie de l'état d'esprit même des étudiants et ceci est souvent induit par le niveau d'acculturation ou le temps passé dans le pays d'accueil (136) ou peut-être lié à plusieurs autres facteurs (119). En effet, l'étude de Li et al. en 2013 explique que plusieurs pays asiatiques comme la Chine sont caractérisés par la culture collectiviste, qui se caractérise par une identité sociale orientée vers le groupe (la famille et les groupes de parentés). Alors, le succès ou l'échec d'un individu n'est pas seulement une affaire personnelle, mais concerne toute la famille et la collectivité. Cette pression collective peut pousser les individus à dissimuler les événements embarrassants de leur vie pour le bien de la famille et à faire de leur mieux pour les résoudre eux-mêmes. La culture a une forte place dans la vie et les décisions des individus. Ils font alors

usage de l'autocontrôle émotionnel et de la résilience, considérés comme des vertus, en particulier lors des événements difficiles de la vie (125). Ces normes et valeurs culturelles expliquent pourquoi les étudiants étrangers asiatiques considèrent souvent le counseling comme le dernier recours pour résoudre les problèmes de la vie mais, ceux qui sont plus ouverts et tolérants ont une plus grande facilité à considérer et à utiliser les services (119,126,136).

Puis, des études révèlent que les **étudiants de premier cycle** pouvaient consulter plus que les étudiants diplômés (89,125). Donc, être au premier cycle pouvait jouer un rôle facilitateur dans l'utilisation des services de santé mentale. Dans l'étude de Lian et al. en 2020, les étudiants chinois diplômés avaient un niveau plus faible d'intentions de recherche d'aide par rapport à ceux du premier cycle. Cependant, l'auteur précise que l'effectif d'étudiants de premier cycle ne représentait qu'une petite proportion. Donc, l'interprétation devrait être faite avec attention (89). En plus, l'étude de Hyun de 2007 révèle que les étudiants asiatiques diplômés qui rencontraient des difficultés financières ou des difficultés à compléter leur cours ou semestre, étaient plus susceptibles à consulter des services de counseling (4). Donc, les étudiants internationaux diplômés ont tendance à consulter pour des problèmes qui sont moins psychologiques ou émotionnels. Aussi, selon Nguyen et al. en 2019, l'âge peut être un facteur prédictif significatif des comportements de recherche d'aide chez les étudiants et les étudiants internationaux plus âgés qui sont généralement gradués, moins susceptibles de faire face à leurs problèmes émotionnels qui les pousseraient à chercher de l'aide (127). En revanche, les auteurs précisent que la corrélation entre l'âge et la volonté d'auto-assistance chez les étudiants internationaux peut être difficile à expliquer en raison de la dynamique de la différence culturelle entre les étudiants de l'étude.

4.6.2. Facilitateurs culturels

Les facilitateurs culturels sont tous les facteurs liés à la culture des étudiants immigrants qui jouent un rôle positif sur leur utilisation des services de santé mentale dans leur pays d'accueil. **La forte acculturation**, qui est le fait de se détacher de sa culture originelle et d'adopter la culture de son pays d'accueil pour s'y intégrer

facilement (63), est considérée comme un facilitateur à l'utilisation des services de santé mentale. Des études ont constaté que plus l'acculturation des étudiants immigrants est forte, moins ils adhéraient à leur culture originelle, plus ouverts ils étaient vis-à-vis des soins de la santé mentale et plus il était facile pour eux d'utiliser les services de santé mentale (103,121,123,127,136,137). L'étude de Zhang et Dixon de 2003 montre par exemple qu'il y avait une relation positive significative entre le niveau d'acculturation des étudiants internationaux asiatiques, leur tolérance et leur confiance dans les praticiens de la santé mentale. Ainsi, les étudiants qui étaient plus acculturés étaient aussi plus tolérants envers les maladies mentales et avaient une plus grande confiance aux professionnels de santé mentale et donc, plus disposés à les consulter (136). Par ailleurs, Nguyen et al. ont trouvé que le stress lié à l'acculturation était un prédicteur important de la recherche d'aide et la volonté de rechercher une aide formelle pour les étudiants internationaux. Ainsi, il permettait de prédire le recours à des professionnels de la santé mentale (127).

Les origines pouvaient aussi jouer un rôle de facilitateur. Par exemple, l'étude de Dadfar et Friedlander montre que lorsque les étudiants immigrants étaient des Occidentaux, ils étaient plus disposés à utiliser les services contrairement aux étudiants immigrants non-Occidentaux (140). Santiago a aussi trouvé que les étudiants originaires d'Asie du Sud étaient plus susceptibles d'utiliser les services de santé mentale par rapport à d'autres étudiants asiatiques de l'Extrême-Orient (3). En effet, les étudiants ayant une plus faible adhérence aux valeurs asiatiques semblent plus ouverts à s'intégrer/adhérer à la culture d'accueil (occidentale) et à utiliser les services de santé mentale (123).

4.6.3. Facilitateurs liés à la connaissance

Ce sont tous les facteurs liés au niveau de connaissances des étudiants qui auraient un impact sur l'utilisation des services de santé mentale par les étudiants immigrants. Le fait d'**avoir de bonnes connaissances** sur tout ce qui concerne la santé mentale (119,128,137) et être conscient des services existants (137) a le potentiel de faciliter l'utilisation des services de santé mentale par les étudiants. Les études australiennes de Clough et al. en 2019 et 2020 sur la littératie en santé mentale

montrent que les étudiants immigrants qui ont une bonne littératie en santé mentale sont plus susceptibles à utiliser les services (93,128). Le bon niveau de connaissances en santé mentale des étudiants internationaux et nationaux pouvait leur permettre de déceler les signes et symptômes précoces des troubles mentaux et ainsi rechercher de l'aide lorsque nécessaire (128). En plus, les étudiants immigrants qui ont une expérience avec les problèmes mentaux, les défis psycho/émotionnelle avaient plus de facilité à utiliser les services (119). La sévérité des troubles pouvait aussi jouer un rôle positif sur leur utilisation des services de santé mentale (89,120,127).

En plus, avoir un **bon niveau d'anglais et une bonne fluidité de cette langue** pouvait faciliter l'utilisation des services de santé mentale (123,127). En effet, le fait de bien parler l'anglais facilite les interactions et augmente le niveau de confiance des étudiants immigrants qui seront plus à l'aise à rechercher de l'aide et à utiliser les services. Le bon niveau d'anglais des étudiants immigrants est aussi lié à la forte acculturation, qui est aussi considérée comme un facilitateur (123). Mesidor et Sly en 2014 mentionnent aussi que le fait d'y **percevoir un comportement de contrôle** encouragerait les étudiants immigrants à avoir recours aux soins de santé mentale (129).

4.6.4. Facilitateurs structurels ou pratiques/logistiques

Ce sont les facilitateurs touchant l'accessibilité des services de santé mentale. Des études mentionnent que le fait d'**avoir déjà eu un contact avec les services** joue un rôle facilitateur dans l'utilisation des services de santé mentale (119,125,133,140). Pour ces études, les étudiants qui ont déjà utilisé les services de santé mentale dans le passée auraient plus de chance de les utiliser à nouveau, surtout si leur première expérience était positive (119). En addition, l'étude d'Arora et Algios montre que les étudiants immigrants sont plus disposés à utiliser les services de santé mentale lorsqu'ils ont l'assurance que leur vie privée est bien protégée par **la confidentialité** (124).

4.6.5. Facilitateurs sociaux/relationnels

C'est l'ensemble de conditions sociale et relationnelle ayant le potentiel de pousser les étudiants immigrants à utiliser les services de santé mentale. Certaines

études soulignent qu'**avoir des conflits ou problèmes relationnels** avec leurs conseillers ou professeurs pouvait faciliter l'utilisation des services de santé mentale chez les étudiants immigrants (119,120). En effet, les professeurs ou les conseillers sont des figures très importantes pour ces étudiants qui ont souvent un réseau social très restreint dans leur pays d'accueil. Donc, des conflits avec ces derniers peuvent plus les affecter psychologiquement et les pousser à chercher de l'aide. Selon Lian et al., les professeurs américains étaient l'une des sources d'aide préférables des étudiants étrangers chinois, mais pas principale (89). Une mauvaise relation entre un étudiant et son conseiller pouvait aussi être associée à davantage de symptômes de santé mentale (89,137) qui pouvait les amener à chercher de l'aide. L'étude de BongJoo et al. en 2014 montre que les étudiants étrangers se réfèrent plus aux figures d'autorité et ont tendance à ne pas chercher de l'aide par eux-mêmes, mais sont souvent orientés par ces derniers (139).

En outre, **avoir une bonne connectivité sociale** est considéré comme un facteur pouvant faciliter l'utilisateur des services de santé mentale (89,123,127). En effet, avoir une bonne connectivité est synonyme d'avoir un bon réseau avec qui partager ses défis, d'avoir des personnes à qui demander de l'aide. Dans l'étude de Lian et al. de 2020 par exemple, certains étudiants immigrants ont révélé avoir utilisé les services de santé mentale après qu'un ami, un parent ou un partenaire les ait conseillés ou informés (89).

D'autres études ont mentionné de façon inattendue et peu intuitive des facilitateurs comme le **stress relié au racisme** (135), **l'isolement** (120) ou encore **d'être dans le même groupe que d'autres étudiants internationaux** (103).

4.7. Recommandations

À la suite de leur étude respective, plusieurs auteurs ont adressé des recommandations afin d'améliorer les services de santé mentale et faciliter l'utilisation de tels services par les étudiants immigrants dans leur pays d'accueil. Pour y parvenir, les différentes parties prenantes ont chacune un rôle à jouer. Les recommandations émises s'adressent surtout à trois principales parties prenantes : les étudiants

(internationaux et domestiques); les professionnels de soins de santé mentale, le personnel dans les établissements (cliniciens, conseillers, professeurs...) et les établissements eux-mêmes ou le système en général. Ces recommandations touchent surtout l'éducation, la promotion et la sensibilisation des étudiants et du personnel dans les établissements (89,93,104,119,121,123–126,128,130,134,135,137,138,141,144). Certains auteurs proposent plutôt la collaboration entre les différentes parties prenantes (89,119,120,122–126,134,144) pour encourager l'utilisation plus appropriée des services de santé mentale. Plusieurs approches thérapeutiques ont aussi été recommandées pour mieux adapter les interventions à une population étudiante issue de immigration (119,123,125,130,132,134,141). Outre, certaines recommandations pratiques en lien avec l'accessibilité et la confidentialité ont été faites (93,103,121,124,134). Finalement, quelques recommandations sur le financement (137) et les recherches futures ont été émises (127,130,132). Dans les paragraphes ci-dessous, on décrit un peu plus en détail chacune des recommandations mentionnées ci-haut.

4.7.1. Éducation, promotion et sensibilisation

La majorité des études proposent l'éducation, la promotion et la sensibilisation comme méthode pour encourager l'utilisation des services de santé mentale par les étudiants immigrants (89,93,104,119,121,123–126,128,130,134,135,137,138,141,144). Pour plusieurs études, **la psychoéducation** est une méthode pouvant faciliter l'utilisation des services de santé mentale par ces étudiants qui rencontrent souvent des difficultés à s'adapter dans leur nouvel environnement. Cette méthode consiste à les sensibiliser sur les problèmes de santé mentale (118), les éduquer sur les avantages des services de counseling (121), leur expliquer le déroulement du counseling et les différentes manières d'y prendre part (104). Ceci peut notamment accroître leur familiarité avec les services de counseling (125). Plus concrètement, l'étude de Galligan de 2017 par exemple recommande une série d'ateliers psychoéducatifs proposée par les centres d'orientation sur les différents éléments de l'expérience des étudiants internationaux. Selon l'auteur, la programmation pourrait par exemple se concentrer sur les défis académiques, sociaux et culturels liés à l'expression et à la compréhension de

la langue. D'autres ateliers pourraient porter sur l'adaptation à la culture américaine ou encore sur les questions de visa et la recherche d'emploi. L'auteur trouve même que de tels programmes psychoéducatifs peuvent être perçus comme moins menaçants ou moins stigmatisants que les services cliniques plus traditionnels (120).

L'éducation ne concerne pas seulement les étudiants immigrants, elle concerne aussi tous ceux qui sont en contact régulier avec eux dans les établissements comme les étudiants domestiques, les professeurs, les conseillers et bien d'autres. Éduquer ces derniers permettra notamment de les sensibiliser sur les différences et les défis supplémentaires que peuvent vivre les étudiants immigrants dans les établissements. Ceci peut alors les aider à avoir une meilleure ouverture d'esprit envers ces étudiants (123,135,138). Dans ce sens, l'auteur Meyer suggère par exemple que les psychologues et les conseillers en santé mentale doivent rester ouverts aux différences inattendues dans les expériences de leurs clients et garder un regard sceptique sur les suppositions culturelles, même celles basées sur la culture d'origine du client (138).

Il faut aussi promouvoir les services en diffusant l'information sur les services et le système pour permettre aux étudiants de facilement trouver les ressources qui leur seront utiles (89,93,119,137,138). Les études de Xie de 2008, Clough et al. de 2020 et Lian de 2020 proposent par exemple de développer des dépliants, des brochures, des sites Internet ou la diffusion par courriers électroniques (89,93,119). Pour sa part, l'étude d'Arora et Algios propose une sensibilisation directe par les prestataires ou la fourniture de vidéos psychoéducatives et de documents écrits partagés dans des classes (124).

La sensibilisation concerne les étudiants, mais surtout les conseillers en contact avec ces étudiants. Ils doivent être sensibles aux valeurs, aux croyances, aux attitudes et aux comportements culturels de leurs clients et vice versa (118,120,122,123,126,130,134,137,139,141,144). En sensibilisant les membres du corps enseignant et du personnel, les responsables du campus et tous les étudiants aux problèmes de santé mentale que peuvent rencontrer les étudiants

étrangers (123,137), on peut aussi permettre une dé-stigmatisation générale des maladies mentales.

4.7.2. Collaborations

Plusieurs auteurs recommandent d'augmenter le travail de collaboration avec d'autres organisations de service et le personnel que les étudiants rencontrent souvent (119,123,124,144). Dans son travail de recherche de 2008, Xie recommande aux thérapeutes de savoir écouter, aider leurs clients à s'ouvrir, gagner leur confiance et ainsi créer une relation dynamique de collaboration avec eux (119). De plus, Arora et Algios en 2019 et Lian et al. en 2020 suggèrent de faire participer les familles et les amis à la promotion de la santé mentale des étudiants étrangers chinois (89,124). Il serait aussi important d'impliquer à la fois les élèves et les parents dans les services de santé mentale et avoir l'engagement direct des étudiants par les fournisseurs de services via le dépistage des jeunes et la mise en place de partenariats avec des organisations communautaires qui ont des relations existantes avec les jeunes immigrants asiatiques dans les établissements (124).

Les programmes de pairs mentors ou groupe de soutien sont un autre moyen collaboratif recommandé pour éduquer, sensibiliser, promouvoir et créer des liens entre les étudiants étrangers et les autres étudiants (89,120,122,124–126,134). Les auteurs conseillent de former et faire participer des étudiants bénévoles comme ambassadeurs ou pairs mentors afin de faciliter les liens sociaux et l'intégration des étudiants immigrants. Dans l'étude d'Arora et Algios de 2019, il a été suggéré de faire appel à des pairs américains asiatiques ayant une expérience personnelle de traitement de la santé mentale pour partager leurs expériences directes afin de réduire la stigmatisation et de normaliser les problèmes de santé mentale chez ces jeunes immigrants (124).

4.7.3. Approches thérapeutiques recommandées

Plusieurs études recommandent des approches thérapeutiques plus adaptées à la population d'étudiants immigrants, en tenant compte de la culture de ceux-ci. Certaines études recommandent par exemple d'utiliser des **approches psychodynamiques** et plus intégrées comme la **thérapie cognitivo-comportementale (TCC)** (119) avec le counseling centré sur la personne (119,141).

L'étude de Lu et al. de 2014 recommande la thérapie cognitivo-comportementale basée sur l'Internet (l'iCBT) comme stratégie innovante. Cette thérapie implique la livraison de leçons en ligne très structurées comprenant des informations et des compétences similaires à celles couramment enseignées dans la thérapie cognitivo comportementale (TCC) en face à face, souvent avec l'aide (par téléphone ou par courriel) d'un coach ou d'un clinicien formé (148).

Selon Tang et al., l'approche psychodynamique pourrait être utile pour comprendre les difficultés présentées par les individus issus de cultures orientales (141). Selon les auteurs, des **approches basées sur la pleine conscience (Mindfulness)** qui s'inspirent de la philosophie orientale (comme l'esprit de compassion et le décentrement) peuvent être plus appropriées et plus sensibles aux besoins des personnes issues de cultures orientales (141). De plus, Becker et al. suggèrent aux centres de counseling universitaires et aux bureaux internationaux de proposer des ateliers comme la pratique de la pleine conscience (Mindfulness) ou la création de relations afin d'améliorer le sentiment d'appartenance des étudiants, leur sens de la cohérence et leur lien avec l'université, ce qui aiderait probablement les étudiants à faire face aux facteurs de stress et à mieux accéder aux sources de soutien informelles (134).

Les auteurs Lee et al. en 2014 suggèrent des **programmes d'intervention communautaire** recommandés par Iwasaki en 2005 (130). Pour les auteurs, les témoignages d'anciens clients et de leurs familles asiatiques ou d'origine asiatique pourraient réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale et aux services de counseling en santé mentale (130). Ainsi, les étudiants, les conseillers académiques et les instructeurs devraient être formés pour pouvoir observer les signes de problèmes de santé mentale chez les étudiants internationaux et utiliser leurs relations établies pour les orienter vers le centre de counseling (123).

L'étude de Li et al. De 2013 propose aussi une **évaluation holistique** pour déceler les véritables problèmes des étudiants surtout lorsqu'ils présentent principalement des problèmes scolaires. Pour les auteurs, les centres de counseling

devraient aussi organiser des **groupes de discussion** durant les périodes phares pendant le semestre où les étudiants étrangers connaissent des niveaux élevés de stress académique (lors de leur arrivée au pays, lors des examens de mi-parcours et des examens finaux) (125).

4.7.4. Recommandations pratiques

Les recommandations pratiques concernent surtout la confidentialité et l'accessibilité (93,103,121,124,134). Par exemple, les prestataires de services de santé mentale devraient clarifier et créer une campagne pour éduquer les étudiants sur la confidentialité des séances de counseling (121,124) et rendre les ressources d'aide professionnelle plus accessibles aux étudiants internationaux (134). En plus de maximiser la confidentialité, les thérapeutes doivent s'assurer du consentement des étudiants avant leur participation aux groupes de discussions (103). D'un autre côté, l'étude de Hyun de 2007 recommande le financement adéquat de ces étudiants pour la durée de leurs études en leur offrant des postes de recherche ou d'enseignement garantis et des fonds pour ceux qui choisissent de prendre un congé en raison de problèmes de santé mentale ou physique (137).

4.7.5. Futures recherches

En ce qui concerne la recherche, il serait recommandé d'étudier tous les facteurs sous-jacents influençant les comportements de recherche d'aide chez les étudiants pour avoir une vue d'ensemble de la situation (130). Aussi, il serait recommandé de faire des recherches qualitatives pour obtenir une image plus précise des obstacles à l'accès aux services de santé mentale et obtenir des commentaires sur les moyens acceptables de communiquer des informations sur la santé mentale (132). Une méta-analyse pour confirmer la généralisation au sujet des étudiants asiatiques serait aussi recommandée (127).

CHAPITRE V : DISCUSSION/CONCLUSION

2.1. Discussion des résultats généraux

La santé mentale des étudiants immigrants est un sujet complexe qui attire de plus en plus l'intérêt des chercheurs. Nous pouvons constater l'engouement croissant dans cette revue avec l'augmentation du nombre d'articles au fil du temps (un seul article publié avant 2000, cinq articles publiés durant la décennie 2000-2010 inclusivement et 24 publiés après 2010). Dans cette revue, nous nous sommes focalisés ici sur les pays à revenus élevés comme les USA, le Royaume-Unis, le Canada, la Chine et l'Australie (5). Selon le Project Atlas, ces cinq pays ont accueilli à eux seuls plus de la moitié du total d'étudiants étrangers dans le monde en 2020 (82)(114). Comme attendu, la majorité des études a été menée et publiée aux USA (N=24). En effet, ce pays accueille la majorité des d'étudiants étrangers du monde entier avec plus d'un million (20 %) en 2020 (114).

Contrairement aux USA, la rareté d'études dans les autres pays à revenus élevés comme l'Australie (N=4), le Royaume-Uni (N=1), le Japon (N=1), le Canada (N=0), la Chine (N=0) pousse au questionnement. Il serait difficile d'expliquer les raisons pour lesquelles peu ou pas d'études ont été menées dans ces pays alors qu'ils semblent reconnaître l'importance de la santé mentale dans leur société. Par exemple, en Chine, déjà en 2013, le coût total des troubles mentaux représentait plus de 15 % des dépenses totales de santé en Chine, et 1,1 % du PIB (149). Au Royaume-Uni en 2013, les problèmes de santé mentale coûtaient près de 100 milliards de livres Sterling à l'économie britannique, soit 4,5 % du PIB (150). En Australie, le gouvernement australien a dépensé près de 3,6 milliards de dollars australiens pour les services liés à la santé mentale en 2018-19 (151). Plus récemment au Canada, le gouvernement fédéral a investi en 2021 près de 994,6 millions de dollars canadiens dans les soins de santé mentale et les services sociaux essentiels pour permettre la bonne santé mentale

d'un plus grand nombre de personnes au pays (152). Ces chiffres font croire que ces pays auraient une bonne volonté de veiller à la santé mentale des populations en général. Dans cette revue, la majorité des étudiants immigrants recensés étaient des étudiants internationaux. Bien qu'il soit difficile de savoir si ces étudiants en particulier sont ciblés par ces investissements gouvernementaux, nous savons qu'au Canada par exemple, en tant qu'immigrants temporaires, les étudiants étrangers ne sont pas souvent concernés par les programmes financés par le gouvernement comme c'est le cas des autres catégories d'immigrants (ex : résidents permanents) (23). Or, ces étudiants contribuent de manière significative au développement social et économique de ces pays. Par exemple, les étudiants internationaux ont contribué à l'économie australienne à hauteur de près de 38 milliards de dollars en 2019 (38). Au Canada, ils ont contribué à près de 21,6 milliards de dollars au PIB du pays en 2018 (39). Selon London Economics, les étudiants internationaux de première année inscrits dans les établissements d'enseignement supérieur britanniques ont eu un impact sur l'économie estimé à 20,3 milliards de livres sterling durant l'année universitaire 2015-2016 (40).

Comme c'était prévisible, la majorité des étudiants immigrants dans cette revue avaient des origines asiatiques, en particulier chinoise. En effet, les pays asiatiques sont ceux qui envoient le plus de ressortissants étudier à l'étranger. Selon le Projet Atlas, dans chacun des cinq pays du top 5 des pays accueillant le plus d'étudiants étrangers dans le monde, le premier pays d'origine de ces derniers était un pays asiatique. La Chine par exemple est le premier pays à envoyer le plus de ressortissants étudier aux USA, au Royaume-Uni et en Australie (114). Et elle fait aussi partie des cinq pays qui accueillent le plus d'étudiants étrangers, la majorité venant des pays voisins asiatiques comme la Corée du Sud, la Thaïlande, le Pakistan et l'Inde (114).

Nous constatons que les problèmes récurrents chez les étudiants immigrants sont généralement psychologiques (89,93,103,104,118,120,121,124,127–134,139,143); socio-culturels (89,103,104,121,123,125,127,130,131,133–138); personnels et relationnels (89,123,126,127,129,130,137,139) ainsi que les défis académiques (118,122,125,134,139). En accord avec la littérature, le stress acculturatif (89,103,119–121,123,127,133,135,136,138) est l'un des problèmes majeurs que rencontrent ces

étudiants et celui-ci peut être influencé par la durée du séjour (136–138, 139, 144) ou la connaissance/fluidité en anglais (121,127). Moins ces deux paramètres sont élevés chez les étudiants, moins ils sont acculturés et plus grand sera leur stress acculturatif. Ce qui peut entraîner ou amplifier des problèmes de santé mentale (28,63,97). Aussi, cette revue a identifié la dépression (103,104,128–132,134) et l'anxiété (128–130,132,133) comme deux principaux troubles psychologiques qui affectent le plus les étudiants. Ce qui était aussi le cas pour d'autres immigrants (63) et étudiants étrangers (153) surtout asiatiques.

Les résultats montrent que les étudiants immigrants utilisent moins les services de santé mentale que les étudiants nationaux. Ceux qui rencontrent des difficultés peuvent d'abord essayer de les gérer eux-mêmes (104) ou avoir recours à l'aide venant de sources informelles (132,134) comme les amis, les parents et les partenaires intimes (89,127). C'est souvent lorsqu'ils font face à des problèmes plus sérieux (125) qu'ils ont recours à de l'aide formelle. Les services souvent utilisés peuvent être le counseling (93,103,118,119,121–123,125,126,129,130,137,139,143,144), la psychothérapie (118,141) ou de l'aide psychologique générale de professionnels de santé mentale (89,119,122,124,127,128,130,131,133,138). En accord avec la littérature (154), la culture joue un rôle important dans la recherche d'aide en santé mentale. Les auteurs Kim et al. ont montré en 1999 que dans la culture asiatique, on exprimerait moins nos émotions comparées aux cultures occidentales et non asiatiques (154). Ce serait donc pour cette raison que les étudiants asiatiques ont tendance à vouloir s'autocontrôler plutôt que de rechercher de l'aide. Ils auraient aussi une certaine méfiance et manquer de confiance envers les services de santé mentale et les professionnels (119–121,136).

La sous-utilisation des services de santé mentale est aussi dû à la présence des barrières qui pourraient empêcher ou dissuader les étudiants immigrants à accéder à ces services dans leur pays d'accueil. Ces barrières peuvent être attitudinales comme les stigmas, les stéréotypes, la discrimination, le doute et la peur (89,93,103,118–120,122–128,130,131,133,136,137,139,140,143), la masculinité ou être un homme (3,8,9,14,20,22,26,27). Elles peuvent aussi être culturelles (6,9, 25,26), liés à la connaissances des étudiants immigrants (93,118–120,122,124,128,132,137,139) ou

encore des défis pratiques comme le temps (89,119,120,122,126,128,132), les coûts (119–121,126,132) et la confidentialité (119,120,122). Ces données concordent avec les barrières que rencontrent les immigrants en général. En effet, la revue systématique d'Amelia Derr en 2016 présente les barrières culturelles (stigma, normes, et attitudes), structurelles (les coûts, les transports, le manque d'assurance et la discrimination), linguistiques ainsi que les barrières de connaissances comme étant les principales barrières rencontrées par les immigrants aux USA (155).

Par ailleurs, des études ont identifié quelques facilitateurs à l'utilisation des services de santé mentale chez les étudiants immigrants comme : être une femme (125–127,138), avoir confiance aux professionnels de la santé mentale (123,124,136,141), être ouvert d'esprit (119,126,136), avoir de bonnes connaissances (2, 6,10,11,24), avoir une bonne connectivité sociale (89,123,127), l'acculturation (103,121,123,127,136,137), avoir eu un contact précédent avec les services (119,125,133,140). De façon peu intuitive, le fait d'avoir des conflits ou problèmes relationnels avec des conseillers ou professeurs (119,120) pouvait aussi jouer un rôle positif dans le recours de tels services. L'explication serait que ces figures d'autorités sont importantes et l'étude de Lian de 2020, par exemple, a montré que les professeurs américains étaient une source d'aide préférée des étudiants étrangers chinois (89). Ainsi, une mauvaise relation entre l'étudiant (e) et ces derniers pouvait davantage être associée à des symptômes psychologiques. Ce qui les pousserait à chercher de l'aide auprès de professionnels.

Compte tenu de l'abondance des barrières par rapport aux facilitateurs, les méthodes d'accès et de prestation de soins de santé mentale aux étudiants immigrés nécessitent de nombreuses améliorations. C'est d'ailleurs pour cela que les auteurs ont émis plusieurs recommandations afin d'améliorer ces services et encourager les étudiants immigrants à les utiliser. Ces recommandations concernent essentiellement l'éducation, la promotion et la sensibilisation (89,93,104,119,121,123–126,128,130,134,135,137,138,141,144); la collaboration (89,119,120,122–126,134,144) par l'implication des pairs mentors par exemple; l'adoption d'approches thérapeutiques plus adaptées à la population d'étudiants immigrants de diverses

origines (119,123,125,130,132,134,141); l'accessibilité et la confidentialité des séances (93,103,121,124,134) ainsi que le financement (137) et l'approfondissement des recherches futures (127,130,132).

5.2. Limites de l'étude

Cette revue utilise un processus systématique afin d'acquérir de nouvelles connaissances sur la santé mentale et l'utilisation des services de santé mentale des étudiants immigrants dans les pays à revenus élevés. Afin de respecter et de suivre les étapes méthodiques qu'exige ce type de recherche, deux examinateurs indépendants ont examiné les différents articles à plusieurs étapes du processus afin de minimiser le risque de biais. Cependant, malgré tous les efforts fournis, cette revue n'est pas exempte de limites. Tout d'abord, la stratégie de recherche aurait pu manquer d'inclure certains articles scientifiques pertinents. En effet, selon McDonald et al., la couverture d'articles de journaux à inclure dans la revue est influencée par le choix de base de données(156). Or, dans cette revue, nous n'avons utilisé que cinq bases de données. Par exemple, nous avons manqué d'inclure la base de données EMBASE, qui est une base de données internationale en sciences de la santé, sciences biomédicales et pharmacie ayant plusieurs périodiques indexés. Nous avons alors pu manquer d'articles pertinents venant de cette base de données. De plus, les mots clés utilisés dans la stratégie de recherche auraient pu ne pas être suffisamment larges pour englober toutes les recherches publiées sur le sujet. Rappelons cependant que la possibilité de traiter des résultats d'une stratégie de recherche trop inclusive devrait être balancée (156). En plus, nous avons eu l'aide d'une bibliothécaire spécialisée dans le domaine afin de minimiser ces limitations. En outre, des erreurs humaines auraient pu s'introduire dans les différentes étapes de la sélection. Par exemple, lors des différents tris (surtout à *étape 1 : tri du résumé et du titre*), des articles pertinents auraient pu être éliminés parce que les mots clés ne figuraient pas dans le titre et le résumé ou simplement par erreurs, telles que la suppression accidentelle d'articles pertinents.

Ensuite, des restrictions telles que la langue et la nature des articles choisis dans cette revue (primaire ou secondaire) peuvent aussi constituer des limitations. En limitant

la langue des articles sélectionnés à l'anglais, nous avons pu manquer des articles pertinents écrits dans les autres langues. Par exemple, la Chine, qui est l'un des cinq pays à accueillir le plus d'étudiants étrangers en 2019 (114), parle principalement le mandarin. Donc, en ne considérant que les articles écrits en anglais, nous avons restreint notre recherche et avons pu manquer des articles pertinents écrits en mandarin et dans d'autres langues chinoises. Par ailleurs, nous y avons inclus que des études primaires étant donné la nature de cette revue. Donc, des études secondaires, telles que des revues systématiques pouvant inclure des articles scientifiques pertinents, n'ont pas été considérées dans la revue et cela a pu avoir un impact sur l'objectivité de notre analyse finale. Cependant, le sujet étant relativement nouveau, il est peu probable d'y avoir des revues systématiques dans la littérature, surtout concernant les étudiants immigrants. Rappelons-le, 80% des articles de cette revue ont été publiés au cours de la dernière décennie (2010-2020) avec une concentration de 50 % d'articles publiés durant les cinq dernières années. Donc, au moment où cette revue est faite, il est très peu probable qu'il existe d'autres études secondaires ayant les mêmes caractéristiques dans la littérature.

D'autre part, il peut être difficile de généraliser les résultats de ces études compte tenu du grand fossé culturel entre les différents pays d'accueil et les pays de provenance des étudiants immigrants. Même si nous n'avons considéré que les pays à revenus élevés dans cet examen afin de minimiser les différences entre eux (économiques, sociales, démographiques, politiques, culturelles, etc.) pour mieux les étudier, les étudiants quant à eux viennent de pays ayant souvent des situations socio-politico-économiques et culturelles très différentes. Par exemple, les études montrent que la majorité des étudiants immigrants viennent de l'Asie, en particulier de la Chine, et qu'ils choisissent les USA comme destination préférée pour leurs études. Or, il existe une grande différence culturelle entre ces pays surtout en ce qui concerne la santé mentale et l'utilisation des services de santé mentale (120,123,125,130,135). Il est donc difficile de généraliser les résultats de ces études et l'interprétation devrait être faite en fonction de chaque contexte.

En plus, les études de cette revue étaient toutes transversales. Ce qui ne permet pas d'établir des liens de causalités entre les différents facteurs (barrières et facilitateurs) et l'utilisation des services de santé mentale. Tel que Derr l'a recommandé en 2016 pour les immigrants en général, il serait important de développer une compréhension empirique et d'envisager les études longitudinales ou des études de cas plus intensives qui suivront ces étudiants immigrants au fil du temps pour voir l'évolution de l'utilisation des services après leur arrivée dans le pays d'accueil (155). D'autant plus que certaines études de notre revue examinaient la volonté ou l'intention d'utiliser les services plutôt qu'une utilisation effective.

5.3. Interdisciplinarité de la recherche

La santé mentale des étudiants immigrants est un phénomène complexe et véritablement interdisciplinaire donc l'analyse mérite de prendre en considération plusieurs éléments et d'intégrer des notions de disciplines différentes. En effet, les connaissances, les preuves ainsi que le sujet lui-même ont été tirés et comprennent des recherches provenant de plusieurs disciplines comme les sciences de la santé (santé globale), la psychologie (santé mentale et troubles psychologiques), l'éducation (étudiants), la sociologie (immigration, culture et société). De plus, cette étude est le fruit d'une collaboration entre l'auteure principale et des collaborateurs de disciplines, facultés et institutions différentes. L'adoption de l'approche interdisciplinaire a permis la meilleure compréhension du sujet et d'avoir des réponses les plus complètes possible. La nature même de ce travail (revue de portée) a été un avantage dans un contexte de pandémie (Covid- 19). D'ailleurs, la communication et les l'interaction entre les collaborateurs ont été facilité par l'utilisation des plateformes virtuelles telle que Zoom. Ce qui a grandement limité les retards qu'aurait entraîné la pandémie en d'autres circonstances.

5.4. Conclusion

L'objectif de cette revue était de rassembler, résumer et rapporter les résultats des études afin d'identifier les lacunes et de mieux se documenter sur la santé mentale des étudiants immigrés et leur utilisation des services de santé mentale dans les pays à revenus élevés. À travers les 30 articles examinés dans cette revue, nous avons pu identifier les barrières et les facilitateurs à l'utilisation de tels services par une population d'étudiants immigrants. L'abondance des barrières relevées dans cette étude témoigne de l'existence d'importantes failles en ce qui concerne la santé mentale au sein de cette population et suggère qu'il faudrait encore d'importantes améliorations à ce sujet. Il faudrait notamment prendre en compte les expériences uniques des étudiants immigrants en ce qui concerne leur utilisation des services et surtout tenir compte de leur contexte culturel. Il a été montré que plusieurs de leurs besoins restent encore non satisfaits et cela peut affecter leur utilisation des services de santé mentale dans leur pays d'accueil. Il serait donc nécessaire de comprendre et de prendre en compte leurs besoins réels. Ceux-ci peuvent aussi dépendre de leur origine respective et par conséquent, différer des besoins des étudiants domestiques.

Les connaissances rapportées ici ont la capacité d'informer les futures recherches (10); d'identifier les directions de futures revues systématiques ou d'autres revues (108); de faciliter l'évolution de la pratique de la santé mentale globale et fournir aux décideurs clés les informations utiles (les recommandations) pour guider plus efficacement leurs décisions (107). Afin de permettre une plus grande accessibilité aux services de santé mentale pour les étudiants immigrants, il faudrait d'abord se pencher sur les problèmes spécifiques qu'ils rencontrent dans leur pays d'accueil. Ces problèmes peuvent être divers : psychologiques, émotionnels, socioculturels ou relationnels, académiques et pratiques.

Afin d'éliminer au maximum les problèmes vécus par les étudiants immigrants et de réduire les barrières à l'utilisation des services de santé mentale, il serait judicieux d'agir à la source en prenant en compte leur contexte culturel. D'autant plus que cet aspect culturel a aussi un impact considérable sur leur utilisation des services. Il

faudrait aussi s'appuyer sur les méthodes de prévention primaires comme l'éducation, la sensibilisation de tous et la promotion de la santé mentale dans les établissements en particulier et la société en générale. Enfin, il est nécessaire d'adopter des approches ou des programmes d'intervention pouvant intégrer à la fois des services formels et informels plus adaptés. Ça pourrait être par exemple des approches psychodynamiques qui intègrent la collaboration (avec les personnes comme les pairs mentors ou les organismes en contact avec ces étudiants) ou encore des interventions comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) centrée sur la personne dans son environnement en prenant en considération son contexte (origine, culture, croyance...).

BIBLIOGRAPHIE

1. Global Migration Data Portal [Internet]. Portail sur les données migratoires. [cited 2021 Mar 26]. Available from: <https://migrationdataportal.org/>
2. Migrations [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 26]. Available from: <https://www.un.org/fr/sections/issues-depth/migration/index.html>
3. La migration dans le monde [Internet]. Organisation internationale pour les migrations. 2015 [cited 2021 Mar 26]. Available from: <https://www.iom.int/fr/la-migration-dans-le-monde>
4. Serajuddin U, Hamadeh N. Nouvelle classification des pays en fonction de leur revenu : 2020-2021 [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 26]. Available from: <https://blogs.worldbank.org/fr/opendata/nouvelle-classification-des-pays-en-fonction-de-leur-revenu-2020-2021>
5. Revenu élevé | Data [Internet]. [cited 2021 Feb 26]. Available from: <https://donnees.banquemondiale.org/niveau-de-revenu/revenu-eleve>
6. Gouvernement du Canada SC. 150 ans d'immigration au Canada [Internet]. 2016 [cited 2020 Nov 18]. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-630-x/11-630-x2016006-fra.htm>
7. l'Intérieur M de. L'immigration en France, données du recensement 2017 [Internet]. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Actualites/Focus/L-immigration-en-France-donnees-du-recensement-2017>. [cited 2021 Mar 26]. Available from: <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Actualites/Focus/L-immigration-en-France-donnees-du-recensement-2017>
8. Perspectives des migrations internationales 2012 (Australie) [internet]. Notes par pays : développements récents des mouvements et des politiques migratoires. 2012 [cited 2021 Mar 26]. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi7z-HAWc7vAhXOWvKkHVdhC7AQFjABegQIAxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.oecd.org%2Ffr%2FAustralie%2FAustralie_note_pays.pdf&usg=AOvVaw3ltwPg5ymKUNk5VG5i_Xt6
9. L'Australie, pionnière de l'immigration par points [Internet]. Les Echos. 2020 [cited 2021 Mar 26]. Available from: <https://www.lesechos.fr/monde/asie-pacifique/laustralie-pionniere-de-limmigration-par-points-1173196>
10. Doré I, Caron J. Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. Santé Ment Au Qué. 2017;42(1):125–45.

11. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(4):243–58.
12. Bhavsar V, Zhang S, Bhugra D. Conceptualizing globalization for mental health research. *Int J Soc Psychiatry*. 2019 Mar 1;65(2):87–91.
13. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*. 2011 Sep 6;183(12):E959–67.
14. Hyman I. Immigration and Health: Reviewing Evidence of the Healthy Immigrant Effect in Canada. *Tor CERIS Work Pap*. 2007;No. 55.
15. Wu Z, Schimmele CM. The Healthy migrant effect on depression: variation over time? *Can Stud Popul Arch*. 2005 Dec 31;271–95.
16. The healthy immigrant (migrant) effect: In search of a better native-born comparison group. *Soc Sci Res*. 2015 Nov 1;54:353–65.
17. Antecol H, Bedard K. Unhealthy assimilation: Why do immigrants converge to American health status levels? *Demography*. 2006 May 1;43(2):337–60.
18. Gushulak B. Healthier on arrival? Further insight into the “healthy immigrant effect.” *CMAJ*. 2007 May 8;176(10):1439–40.
19. Islam F. Examining the “Healthy Immigrant Effect” for Mental Health in Canada. *Univ Tor Med J*. 2013;90(4):171–7.
20. Bruce Newbold K, Danforth J. Health status and Canada’s immigrant population. *Soc Sci Med*. 2003 Nov 1;57(10):1981–95.
21. Brunnet AE, Bolaséll LT, Weber JL, Kristensen CH. Prevalence and factors associated with PTSD, anxiety and depression symptoms in Haitian migrants in southern Brazil: *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2017 Oct 30 [cited 2020 Nov 18]; Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764017737802>
22. Sweileh WM, Wickramage K, Pottie K, Hui C, Roberts B, Sawalha AF, et al. Bibliometric analysis of global migration health research in peer-reviewed literature (2000–2016). *BMC Public Health*. 2018 Jun 20;18(1):777.
23. Immigration R et CC. Nouveaux programmes favorisent l’établissement et l’intégration des nouveaux arrivants [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 23]. Available from: <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/nouvelles/2019/08/nouveaux-programmes-favorisent-letablissement-et-lintegration-des-nouveaux-arrivants.html>

24. Immigration R et CC. Découvrez les processus de financement pour les services d'établissement [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 7]. Available from: <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/partenaires-fournisseurs-services/financement.html>
25. Alegría M, Álvarez K, DiMarzio K. Immigration and Mental Health. *Curr Epidemiol Rep*. 2017 Jun 1;4(2):145–55.
26. <https://plus.google.com/+UNESCO>. Global Convention on the Recognition of Qualifications concerning Higher Education [Internet]. UNESCO. 2017 [cited 2020 Nov 18]. Available from: <https://en.unesco.org/themes/higher-education/recognition-qualifications/global-convention>
27. Étudiants internationaux | Dossier CAPRES [Internet]. CAPRES. [cited 2020 Nov 18]. Available from: <https://www.capres.ca/dossiers/etudiants-internationaux/>
28. Défis et obstacles rencontrés par les étudiants internationaux au cégep et à l'université | Enjeu [Internet]. CAPRES. [cited 2020 Nov 18]. Available from: <https://www.capres.ca/dossiers/etudiants-internationaux/defis-et-obstacles-rencontres-par-les-etudiants-internationaux-au-cegep-et-a-luniversite-enjeu/>
29. Gushulak BD, MacPherson DW. Health Aspects of the Pre-Departure Phase of Migration. *PLoS Med*. 2011 May 24;8(5):e1001035.
30. Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G, Murray RM. Migration, Ethnicity, and Psychosis: Toward a Sociodevelopmental Model. *Schizophr Bull*. 2010 Jul 1;36(4):655–64.
31. Constitution [Internet]. [cited 2021 Mar 26]. Available from: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
32. WHO | WHO urges more investments, services for mental health [Internet]. WHO. [cited 2021 Mar 26]. Available from: https://www.who.int/mental_health/who_urges_investment/en/
33. Scott C, Safdar S. Threat and Prejudice against Syrian Refugees in Canada: Assessing the Moderating Effects of Multiculturalism, Interculturalism, and Assimilation. *Int J Intercult Relat*. 2017 Sep 1;60:28–39.
34. Aglipay M, Colman I, Chen Y. Does the Healthy Immigrant Effect Extend to Anxiety Disorders? Evidence from a Nationally Representative Study. *J Immigr Minor Health*. 2013 Oct;15(5):851–7.
35. Marks AK, Ejesi K, Coll CG. Understanding the U.S. Immigrant Paradox in Childhood and Adolescence. *Child Dev Perspect*. 2014;8(2):59–64.

36. Salami DB. Mental Health of Immigrants and Non-Immigrants in Canada: Evidence from the Canadian Health Measures Survey and Service Provider Interviews in Alberta. :34.
37. Immigration R et CC. Avis – Renseignements supplémentaires sur le Plan des niveaux d’immigration 2020-2022 [Internet]. aem. 2020 [cited 2021 Mar 26]. Available from: <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/nouvelles/avis/renseignements-supplementaires-niveaux-immigration-2020.html>
38. Khawaja NG, Moisuc O, Ramirez E. Developing an Acculturation and Resilience Scale for Use with Culturally and Linguistically Diverse Populations. *Aust Psychol*. 2014;49(3):171–80.
39. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, et al. Mental disorder comorbidity and suicidal thoughts and behaviors in the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student initiative. *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 2019;28(2). Available from: : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877246/>
40. Kokou-Kpolou CK, Moukouta CS, Masson J, Bernoussi A, Cénat JM, Bacqué M-F. Correlates of grief-related disorders and mental health outcomes among adult refugees exposed to trauma and bereavement: A systematic review and future research directions. *J Affect Disord*. 2020 Apr 15;267:171–84.
41. Tortelli A, Skurnik N, Szöke A, Simon P. L’importance de la recherche épidémiologique psychiatrique sur les populations migrantes en France. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2017 Jul 1;175(6):577–82.
42. Ruiz JM, Hamann HA, Mehl MR, O’Connor M-F. The Hispanic health paradox: From epidemiological phenomenon to contribution opportunities for psychological science. *Group Process Intergroup Relat*. 2016 Jul 1;19(4):462–76.
43. Gouvernement du Canada SC. Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC) [Internet]. 2007 [cited 2021 Mar 29]. Available from: https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4422
44. Le Quotidien, le jeudi 4 septembre 2003. Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada [Internet]. [cited 2021 Mar 29]. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/030904/dq030904a-fra.htm>
45. Chadwick KA, Collins PA. Examining the relationship between social support availability, urban center size, and self-perceived mental health of recent immigrants to Canada: A mixed-methods analysis. *Soc Sci Med*. 2015 Mar 1;128:220–30.

46. Bacigalupe G, Cámara M. Transnational Families and Social Technologies: Reassessing Immigration Psychology. *J Ethn Migr Stud*. 2012 Nov 1;38(9):1425–38.
47. Guarnizo LE, Portes A, Haller W. Assimilation and Transnationalism: Determinants of Transnational Political Action among Contemporary Migrants. *Am J Sociol*. 2003 May;108(6):1211–48.
48. Dossa P. Creating Politicized Spaces: Afghan Immigrant Women’s Stories of Migration and Displacement. *Affilia* [Internet]. 2008 Feb 1 [cited 2020 Nov 17]; Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886109907310462>
49. Beiser M, Hou F. Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian refugees: a 10-year study. *Soc Sci Med*. 2001 Nov 1;53(10):1321–34.
50. Akhavan S, Bildt CO, Franzén EC, Wamala S. Health in Relation to Unemployment and Sick Leave Among Immigrants in Sweden from a Gender Perspective. *J Immigr Health*. 2004 Jul 1;6(3):103–18.
51. Fuller S, Vosko LF. Temporary Employment and Social Inequality in Canada: Exploring Intersections of Gender, Race and Immigration Status. *Soc Indic Res*. 2008 Aug 1;88(1):31–50.
52. Premji S, Duguay P, Messing K, Lippel K. Are immigrants, ethnic and linguistic minorities over-represented in jobs with a high level of compensated risk? Results from a Montréal, Canada study using census and workers’ compensation data. *Am J Ind Med*. 2010;53(9):875–85.
53. Premji S, Shakya Y, Spasevski M, Merolli J, Athar S, Group IW and PECR. Precarious Work Experiences of Racialized Immigrant Woman in Toronto: A Community- Based Study. *Just Labour* [Internet]. 2014 [cited 2021 Mar 30]; Available from: <https://justlabour.journals.yorku.ca/index.php/justlabour/article/view/8>
54. Reitz JG, Curtis J, Elrick J. Immigrant Skill Utilization: Trends and Policy Issues. *J Int Migr Integr*. 2014 Feb 1;15(1):1–26.
55. Chen C, Smith P, Mustard C. The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethn Health*. 2010 Dec;15(6):601–19.
56. Le sous-emploi chez les jeunes [Internet]. CERIC. 2016 [cited 2021 Mar 29]. Available from: <https://ceric.ca/fr/2016/06/understanding-youth-underemployment/>
57. Galarneau D. La situation des jeunes a-t-elle changé au Canada? 2013;14.

58. Man G. Gender, work and migration: Deskillling chinese immigrant women in Canada. *Womens Stud Int Forum*. 2004 Jun 1;27(2):135–48.
59. Gupta TD. *Race and Racialization: Essential Readings*. Canadian Scholars' Press; 2007. 388 p.
60. Creese G, Wiebe B. 'Survival Employment': Gender and Deskillling among African Immigrants in Canada. *Int Migr*. 2012;50(5):56–76.
61. Mckee-Ryan FM, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *J Appl Psychol*. 2005 Jan;90(1):53–76.
62. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J Vocat Behav*. 2009 Jun 1;74(3):264–82.
63. Bernstein KS, Park S-Y, Shin J, Cho S, Park Y. Acculturation, Discrimination and Depressive Symptoms Among Korean Immigrants in New York City. *Community Ment Health J*. 2011 Feb 1;47(1):24–34.
64. Lai DWL, Li L, Daoust GD. Factors Influencing Suicide Behaviours in Immigrant and Ethno-Cultural Minority Groups: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(3):755–68.
65. OMS. *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. 2001;
66. Salami B, Salma J, Hegadoren K. Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees: Perspectives of immigrant service providers. *Int J Ment Health Nurs*. 2019 Feb;28(1):152–61.
67. George G, Selimos ED, Ku J. Welcoming Initiatives and Immigrant Attachment: The Case of Windsor. *J Int Migr Integr*. 2017 Feb 1;18(1):29–45.
68. Wilson-Forsberg S. "We Don't Integrate; We Adapt:" Latin American Immigrants Interpret Their Canadian Employment Experiences in Southwestern Ontario. *J Int Migr Integr*. 2015 Aug 1;16(3):469–89.
69. DuBard CA, Gizlice Z. Language Spoken and Differences in Health Status, Access to Care, and Receipt of Preventive Services Among US Hispanics. *Am J Public Health*. 2008 Nov 1;98(11):2021–8.
70. Mui AC, Kang S-Y, Kang D, Domanski MD. English Language Proficiency and Health-Related Quality of Life among Chinese and Korean Immigrant Elders. *Health Soc Work*. 2007 May 1;32(2):119–27.
71. McKeary M, Newbold B. Barriers to Care: The Challenges for Canadian Refugees and their Health Care Providers. *J Refug Stud*. 2010 Dec 1;23(4):523–45.

72. Falgas I, Ramos Z, Herrera L, Qureshi A, Chavez L, Bonal C, et al. Barriers to and Correlates of Retention in Behavioral Health Treatment Among Latinos in 2 Different Host Countries: The United States and Spain. *J Public Health Manag Pract JPHMP*. 2017 Feb;23(1):e20–7.
73. Wohler Y, Dantas JA. Barriers Accessing Mental Health Services Among Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Immigrant Women in Australia: Policy Implications. *J Immigr Minor Health*. 2017 Jun 1;19(3):697–701.
74. Kim G, Aguado Loi CX, Chiriboga DA, Jang Y, Parmelee P, Allen RS. Limited English proficiency as a barrier to mental health service use: A study of Latino and Asian immigrants with psychiatric disorders. *J Psychiatr Res*. 2011 Jan 1;45(1):104–10.
75. Ngwakongnwi E, Hemmelgarn BR, Musto R, Quan H, King-Shier KM. Experiences of French Speaking Immigrants and Non-immigrants Accessing Health Care Services in a Large Canadian City. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Oct;9(10):3755–68.
76. Hynie M. The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2018 May;63(5):297–303.
77. Bruce Newbold K. Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Soc Sci Med*. 2005 Mar 1;60(6):1359–70.
78. Whitley R, Kirmayer LJ, Groleau D. Understanding Immigrants’ Reluctance to Use Mental Health Services: A Qualitative Study from Montreal. *Can J Psychiatry*. 2006 Mar 1;51(4):205–9.
79. Issack S. Mental Health Help-seeking Behaviour: African Immigrant’s Experience [Internet] [thesis]. 2015 [cited 2021 Apr 2]. Available from: <https://qspace.library.queensu.ca/handle/1974/13153>
80. Zanchetta MS, Poureslami IM. Health Literacy Within the Reality of Immigrants’ Culture and Language. *Can J Public Health*. 2006 May 1;97(2):S28–33.
81. IIE Open Doors / Annual Release [Internet]. IIE Open Doors / Annual Release. [cited 2021 May 7]. Available from: <https://opendoorsdata.org/annual-release/>
82. A World on the Move: Trends in Global Student Mobility [Internet]. [cited 2020 Nov 18]. Available from: <https://www.iie.org/443/en/Research-and-Insights/Publications/A-World-on-the-Move>
83. IIE Open Doors / New International Student Enrollment [Internet]. IIE Open Doors / New International Student Enrollment. [cited 2020 Nov 18]. Available from: <https://opendoorsdata.org/data/international-students/new-international-students-enrollment/>

84. International Student Population & Enrollment Statistics [2021] [Internet]. EducationData. [cited 2021 Jun 8]. Available from: <https://educationdata.org/international-student-enrollment-statistics>
85. UKCISA - international student advice and guidance - International student statistics: UK higher education [Internet]. [cited 2021 May 11]. Available from: <https://www.ukcisa.org.uk/Research--Policy/Statistics/International-student-statistics-UK-higher-education>
86. Higher Education Student Statistics: UK, 2019/20 - Where students come from and go to study | HESA [Internet]. [cited 2021 May 11]. Available from: <https://www.hesa.ac.uk/news/27-01-2021/sb258-higher-education-student-statistics/location>
87. Anna Pellegrin Hartley. Drastic Slowdown in the Number of International Students Choosing China [Internet]. 2019 [cited 2021 May 6]. Available from: <https://www.thebeijinger.com/blog/2019/04/23/slowdown-number-international-students-choosing-china>
88. International student migration and social stratification in China. *Int J Educ Dev.* 2009 Sep 1;29(5):513–22.
89. Lian Z, Wallace BC, Fullilove RE. Mental Health Help-Seeking Intentions Among Chinese International Students in the U.S. Higher Education System: The Role of Coping Self-Efficacy, Social Support, and Stigma for Seeking Psychological Help. :11.
90. Les étudiants internationaux au Canada [Internet]. CBIE. [cited 2021 May 11]. Available from: <https://cbie.ca/fr/infographique/>
91. Les étudiants étrangers qui deviennent des résidents permanents au Canada [Internet]. [cited 2021 Apr 9]. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2015001/article/14299-fra.htm#n2-refa>
92. CBIE | Global Leader in International Education [Internet]. CBIE. [cited 2020 Nov 18]. Available from: <https://cbie.ca/>
93. Clough BA, Nazareth SM, Casey LM. Making the grade: a pilot investigation of an e-intervention to increase mental health literacy and help-seeking intentions among international university students. *Br J Guid Couns.* 2020;48(3):347–59.
94. International student data [Internet]. International Education. 2020 [cited 2021 May 10]. Available from: <https://internationaleducation.gov.au:443/research/international-student-data/Pages/default.aspx>

95. International student data [Internet]. International Education. 2020 [cited 2021 May 10]. Available from: <https://internationaleducation.gov.au/research/international-student-data/Documents/MONTHLY%20SUMMARIES/2020/Dec%202020%20MonthlyInfographic.pdf>
96. Campbell N. Promoting Intercultural Contact on Campus: A Project to Connect and Engage International and Host Students. *J Stud Int Educ*. 2012 Jul 1;16(3):205–27.
97. Mainich S. Les expériences sociales et universitaires d'étudiants internationaux au Québec, le cas de l'Université de Montréal : comprendre leur persévérance aux études. 2015 Oct 14 [cited 2020 Nov 18]; Available from: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/13050>
98. Shigaki IS, Smith S 1944-. A cultural sharing model: American buddies for international students. *Int Educ*. 1997 Oct 15;27:5–21.
99. International students' acculturation: Effects of international, conational, and local ties and need for closure. *Int J Intercult Relat*. 2006 Jul 1;30(4):471–85.
100. Zhang Z, Brunton M. Differences in Living and Learning: Chinese International Students in New Zealand. *J Stud Int Educ*. 2007 Jun 1;11(2):124–40.
101. Pilote A. Supporting the Success of Foreign Students in Canadian Universities / Favoriser la réussite éducative des étudiants étrangers dans les universités canadiennes, Higher Education Perspectives. *OISE Univ Tor 2*. 2007;Vol. 3(issue 2):24–46.
102. University Fees [Internet]. University Fees. [cited 2021 Jul 14]. Available from: <https://www.uottawa.ca/droits-universitaires/>
103. Lee JY. Asian International Students' Barriers to Joining Group Counseling. *Int J Group Psychother*. 2014;64(4):445–64.
104. Wong YJ, Wang KT, Maffini CS. Asian International Students' Mental Health-Related Outcomes: A Person × Context Cultural Framework. *Couns Psychol*. 2014;42(2):278–305.
105. Government of Canada CI of HR. A Guide to Knowledge Synthesis - CIHR [Internet]. 2010 [cited 2021 Feb 18]. Available from: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/41382.html>
106. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Kastner M, et al. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2016 Feb 9;16(1):15.
107. Tricco AC, Tetzlaff J, Moher D. The art and science of knowledge synthesis. *J Clin Epidemiol*. 2011 Jan 1;64(1):11–20.

108. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JB I Evid Synth*. 2020 Oct;18(10):2119–26.
109. Arksey H, O'Malley L. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005 Feb;8(1):19–32.
110. O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Baxter L, Tricco AC, Straus S, et al. Advancing scoping study methodology: a web-based survey and consultation of perceptions on terminology, definition and methodological steps. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 [cited 2020 Nov 18];16. Available from: https://journals.scholarsportal.info/details/14726963/v16inone/nfp_assmawotdams.xml
111. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Sep 4;169(7):467–73.
112. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. [cited 2021 Feb 26]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
113. World Bank Country and Lending Groups – World Bank Data Help Desk [Internet]. [cited 2021 Feb 26]. Available from: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
114. Project-Atlas-Infographics-2020.pdf [Internet]. [cited 2021 Jul 14]. Available from: <https://iie.widen.net/s/rfw2c7rrbd/project-atlas-infographics-2020>
115. About us | Covidence - Better systematic review management [Internet]. Covidence. [cited 2021 Jun 1]. Available from: <https://www.covidence.org/about-us-covidence/>
116. Library B/. Guides de recherche · Research guides: Citation management: Zotero [Internet]. [cited 2021 May 14]. Available from: <https://uottawa.libguides.com/citation-management/zotero>
117. A scoping review describes methods used to identify, prioritize and display gaps in health research. *J Clin Epidemiol*. 2019 May 1;109:99–110.
118. Xiong Y. An exploration of Asian international students' mental health: Comparisons to American students and other international students in the United States. *Diss Abstr Int Sect Humanit Soc Sci*. 2019;80(4-A(E)):No-Specified.
119. Xie B. Chinese international students' perceptions and attitudes toward seeking psychological counseling services: A qualitative exploration. *Diss Abstr Int Sect B Sci Eng*. 2008;68(7-B):4852.

120. Galligan PK. Male Chinese international students' utilization of and barriers to mental health resources. *Diss Abstr Int Sect B Sci Eng.* 2017;78(3-B(E)):No-Specified.
121. Rhee S. Help-seeking toward counseling among Thai international students: A consensual qualitative research approach. *Diss Abstr Int Sect B Sci Eng.* 2018;79(1-B(E)):No-Specified.
122. Cha BS, Enriquez LE, Ro A. Beyond access: Psychosocial barriers to undocumented students' use of mental health services. *Soc Sci Med.* 2019;233:193–200.
123. Liu H, Wong YJ, Mitts NG, Li PFJ, Cheng J. A phenomenological study of east asian international students' experience of counseling. *Int J Adv Couns.* 2020;No-Specified.
124. Arora PG, Algios A, Kim BSK, Kim-Prietro CY. School-based mental health for Asian American immigrant youth: Perceptions and recommendations. *Asian Am J Psychol.* 2019;10(2):166–81.
125. Li P, Wong YJ, Toth P. Asian international students' willingness to seek counseling: A mixed-methods study. *Int J Adv Couns.* 2013;35(1):1–15.
126. Alajlan R. Psychological attitudes of Saudi Arabian international students toward mental health counseling. *Diss Abstr Int Sect B Sci Eng.* 2017;77(9-B(E)):No-Specified.
127. Nguyen MH, Serik M, Vuong TT, Ho MT. Internationalization and Its Discontents: Help-Seeking Behaviors of Students in a Multicultural Environment Regarding Acculturative Stress and Depression. *Sustainability [Internet].* 2019;11(7). Available from: [://WOS:000466551600042](https://www.scopus.com/search/formula?query=WOS:000466551600042)
128. Clough BA, Nazareth SM, Day JJ, Casey LM. A comparison of mental health literacy, attitudes, and help-seeking intentions among domestic and international tertiary students. *Br J Guid Couns.* 2019;47(1):123–35.
129. Mesidor JK, Sly KF. Mental Health Help-Seeking Intentions Among International and African American College Students: An Application of the Theory of Planned Behavior. *J Int Stud.* 2014;4(2):137–49.
130. Lee E-J, Ditchman N, Fong MWM, Piper L, Feigon M. Mental health service seeking among Korean international students in the United States: A path analysis. *J Community Psychol.* 2014;42(6):639–55.
131. Tummala-Narra P, Li Z, Chang J, Yang EJ, Jiang J, Sagherian M, et al. Developmental and contextual correlates of mental health and help-seeking among Asian American college students. *Am J Orthopsychiatry.* 2018;88(6):636–49.

132. Lu SH, Dear BF, Johnston L, Wootton BM, Titov N. An internet survey of emotional health, treatment seeking and barriers to accessing mental health treatment among Chinese-speaking international students in Australia. *Couns Psychol Q*. 2014;27(1):96–108.
133. Logan S, Steel Z, Hunt C. Ethnic status and engagement with health services: Attitudes toward help-seeking and intercultural willingness to interact among South East Asian students in Australia. *Transcult Psychiatry*. 2017;54(2):192–210.
134. Becker MAS, Shengli D, Kronholz J, Brownson C. Relationships Between Stress and Psychosocial Factors with Sources of Help-Seeking Among International Students. *J Int Stud*. 2018;8(4):1636–61.
135. Santiago AD. Asian international students' ethnic identity, spirituality, acculturation, and experience of racism: Relationship with attitude toward seeking professional therapeutic help. *Diss Abstr Int Sect Humanit Soc Sci*. 2006;66(8-A):3106.
136. Zhang N, Dixon DN. Acculturation and Attitudes of Asian International Students Toward Seeking Psychological Help. *J Multicult Couns Dev*. 2003;31(3):205–22.
137. Hyun J, Quinn B, Madon T, Lustig S. Mental health need, awareness, and use of counselling services among international graduate students. *J Am Coll Health*. 2007;56(2):109–18.
138. Meyer CJ. Help seeking attitudes and behaviors of international students at architectural schools. *Diss Abstr Int Sect B Sci Eng*. 2010;70(10-B):6559.
139. Bong Joo H, Bennett R, Beauchemin J. International students' utilization of counseling services. *Coll Stud J*. 2014;48(3):347–54.
140. Dadfar S, Friedlander ML. Differential attitudes of international students toward seeking professional psychological help. *J Couns Psychol*. 1982;29(3):335–8.
141. Tang TTT, Reilly J, Dickson JM. Attitudes toward seeking professional psychological help among Chinese students at a UK university. *Couns Psychother Res*. 2012;12(4):287–93.
142. A review of the acculturation experiences of international students. *Int J Intercult Relat*. 2011 Nov 1;35(6):699–713.
143. Lee E-J, Chan F, Ditchman N, Feigon M. Factors influencing Korean international students' preferences for mental health professionals: a conjoint analysis. *Community Ment Health J*. 2014;50(1):104–10.
144. Huan C, Akpanudo U, Hasler E. How Do Chinese International Students View Seeking Mental Health Services? *J Int Stud*. 2020;10(2):286–305.

145. La profession et la réglementation [Internet]. L'Association canadienne de counseling et de psychothérapie. [cited 2021 Jul 22]. Available from: <https://www.ccpa-accp.ca/fr/la-profession/>
146. Understanding psychotherapy and how it works [Internet]. <https://www.apa.org>. [cited 2021 Jul 15]. Available from: <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/understanding>
147. Wang C, Do KA, Frese K, Zheng L. Asian Immigrant Parents' Perception of Barriers Preventing Adolescents from Seeking School-Based Mental Health Services. *School Ment Health*. 2019 Jun;11(2):364–77.
148. Lu SH, Dear BF, Johnston L, Wootton BM, Titov N. An internet survey of emotional health, treatment seeking and barriers to accessing mental health treatment among Chinese-speaking international students in Australia. *Couns Psychol Q*. 2014;27(1):96–108.
149. Xu J, Wang J, Wimo A, Qiu C. The economic burden of mental disorders in China, 2005–2013: implications for health policy. *BMC Psychiatry*. 2016 May 11;16(1):137.
150. Mental health statistics: global and nationwide costs [Internet]. Mental Health Foundation. 2018 [cited 2021 Jul 23]. Available from: <https://www.mentalhealth.org.uk/statistics/mental-health-statistics-global-and-nationwide-costs>
151. Mental health services in Australia, Expenditure on mental health-related services [Internet]. Australian Institute of Health and Welfare. [cited 2021 Jul 23]. Available from: <https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/expenditure-on-mental-health-related-services>
152. L'Association canadienne pour la santé mentale acclame les investissements en matière de santé mentale du budget 2021. [Internet]. Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). 2021. Available from: <https://cmha.ca/fr/news/acsm-acclame-les-investissements-en-matiere-de-sante-mentale-du-budget-2021>
153. Cheung PTA. Depressive symptoms and help-seeking preferences among Chinese (including mainland China, Hong Kong, and Taiwan) international students. *Diss Abstr Int Sect Humanit Soc Sci*. 2011;71(10-A):3790.
154. Kim BSK, Atkinson DR, Yang PH. The Asian Values Scale: Development, factor analysis, validation, and reliability. *J Couns Psychol*. 1999 Jul;46(3):342–52.
155. Derr AS. Mental Health Service Use Among Immigrants in the United States: A Systematic Review. *Psychiatr Serv*. 2016 Mar;67(3):265–74.
156. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010 Dec 30;10:113.

ANNEXES

Annexe A - Stratégie de recherche

MEDLINE(R) ALL (OVID, 1946 to September 17, 2020)

1. Mental Health/
2. mental health*.ti,ab,kf.
3. exp Mental Disorders/
4. Depression/
5. (mental* adj2 (disorder* or disease* or ill* or condition*)).ti,ab,kf.
6. (depress* or anxiet* or anxious or posttraumatic* or post-traumatic* or suicide* or suicidal* or (psycholog* adj3 (distress* or suffer* or condition* or disorder* or ill* or disease*))).ti,ab,kf.
7. ((substance* or drug*) adj2 (consumption* or use* or using or abus*)).ti,ab,kf.
8. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7
9. exp Health Services Accessibility/
10. (healthcare adj3 (access* or equit*)).ti,ab,kf.
11. (health adj2 (service* or care) adj2 (seek* or use* or using or utiliz* or access* or equit*)).ti,ab,kf. 12. Health card*.ti,ab,kf.
13. exp Insurance/
14. Insurance*.ti,ab,kf.
15. (mental health adj2 (seek* or access* or use* or using or utiliz* or service* or care)).ti,ab,kf.
16. ((use* or using or utiliz* or access* or seek*) adj3 (counsell* or psychotherap* or psycho-therap* or therap*)).ti,ab,kf.

17. help-seeking behavior/
18. (help adj2 seek*).ti,ab,kf.
19. 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18
20. exp Students/
21. student*.ti,ab,kf.
22. 20 or 21
23. exp "Emigrants and Immigrants"/
24. "Emigration and Immigration"/
25. Refugees/
26. (immigra* or emigra* or refugee* or asylum seeker*).ti,ab,kf.
27. 23 or 24 or 25 or 26
28. 22 and 27
29. ((Exchange* or International* or permanent resident*) adj3 student*).ti,ab,kf.
30. ((Cultur* or linguisti*) adj2 divers* adj3 student*).ti,ab,kf.
31. 28 or 29 or 30
32. 8 and 19 and 31

Résultats: 74 citations récupérées sur cette base de données

Annexe B - Table supplémentaire : Description détaillée des études incluses

Premier auteur, année	Paramètres	Conception de l'étude et caractéristiques des participants	Résultats
Dadfar, 2003	Pays: USA Localisation: Université	Design: Enquête (Quant.) Taille: 164 étudiants universitaires étrangers Sexe: 87 M/ 77 F Origine(s): Diverses Âge moyen: 27,6 ans Tranche d'âge moyenne: -	Principaux résultats: Les ATTSPPH pour les problèmes personnels ont été significativement prédites par des variables démographiques et expérientielles. Les déterminants les plus importants de l'attitude sont le l'origine (plus positives pour les étudiants occidentaux que les non occidentaux) et le contact précédent avec un Tx de SM (à l'intérieur et à l'extérieur des USA). Le sexe, le niveau d'éducation et la durée du séjour aux USA n'ont pas d'effet significatif sur leur ATTSPPH. Ceux qui ont cherché de l'aide à la fois à l'intérieur et à l'extérieur des USA ont obtenu les scores les plus élevés en matière de confiance/adéquation, tandis que ceux qui ont cherché de l'aide uniquement dans leur pays d'origine ont obtenu les scores les plus élevés en matière de stigmatisation/protection de la vie privée. Barrières: être étudiant non occidental (asiatique et africain) ; aucun contact précédent avec les services de SM ; stigmatisation. Facilitateurs: être étudiant occidental (européen et latino) ; contact précédent avec des Tx de SM
Zhang, 2003	Pays: USA Localisation: Université	Design: Enquête (Quant.) Taille: 170 étudiants majoritairement chinois et gradués Sexe: 91 M/ 79 F Origine(s): Asiatiques Âge moyen: 26,9 ans Tranche d'âge moyenne: -	Principaux résultats: Il y a une relation positive significative entre : le niveau d'acculturation et l'ATTSPPH (↑acculturation→ score ATSPPHS↑); la tolérance à la stigmatisation et la confiance dans les praticiens en SM. Il y a une relation significative entre l'expérience des EI avec le counseling et leur confiance dans les praticiens en SM. La durée du séjour est corrélée à l'acculturation. Il n'y avait pas de prédiction significative avec le sexe, le niveau d'éducation, les croyances religieuses, l'âge, l'état civil, le pays d'origine. Et le projet de rester aux USA n'affectait pas les attitudes de recherche d'aide. Pas de relation significative entre le contact préalable avec un Tx de SM et l'ATTSPPH. Barrières: Faible niveau d'acculturation ; stigmatisation ; manque de confiance en soi Facilitateurs: ↑acculturation (↑tolérance à la stigmatisation ; confiance aux praticiens en SM).
Santiago, 2006	Pays: USA Localisation: Université	Design: Enquête (Quant.) Taille: 208 Sexe: 102 M/ 106 F Origine(s): Asiatiques Âge moyen: -	Principaux résultats: L'origine géographique est la seule variable démographique qui montrée une relation significative avec l'ATTSPPH (d'Asie du Sud plus positif que d'Extrême-Orient). Il existe une relation négative significative entre l'identité ethnique et l'ATTSPPH (plus il y a de sentiment d'identité ethnique, moins les attitudes sont favorables). Pas de relation significative entre la spiritualité des EI asiatiques et leur ATTSPPH. L'acculturation n'est pas liée de manière significative à l'ATTSPPH. Il y a une relation significative (positive) entre le stress lié au racisme et l'ATTSPPH (plus ils subissent un stress lié au racisme, plus leurs attitudes sont favorables)

		Tranche d'âge moyenne: 17-48 ans	Barrières: Identité ethnique ; Origine d'Extrême-Orient Facilitateurs: Stress lié au racisme ; Origine sud-asiatiques
Hyun, 2007	Pays: USA Localisation: Université	Design: Enquête (Quant.) Taille: 3121 (551 EI et 2570 EN) étudiants majoritairement asiatiques et graduées Sexe: Total : 1975 M/ 1073 F Origine(s): Diverses Âge moyen: 28,9 ans Tranche d'âge moyenne: -	Principaux résultats: Les EI connaissent moins bien les services sur le campus. Ils sont moins susceptibles de recevoir des informations par le biais du site Web du centre de santé universitaire et d'"autres" sources d'information. Ils sont plus susceptibles de déclarer avoir des problèmes financiers et rechercher de l'aide pour cela ou lorsqu'ils rencontrent des difficultés à terminer leur cursus. Ils sont moins susceptibles de déclarer avoir des problèmes émotionnels ou relationnels. Ils ont moins recours à des services de counseling lorsqu'ils ont les relations plus fonctionnelles avec leurs conseillers. Il y a aucune différence pour la prévalence des problèmes émotionnels entre les deux groupes. Barrières: Stigmatisation ; identité asiatique ; relations bonnes/fonctionnelles avec les conseillers ; faible niveau de connaissances. Facilitateurs: Plus de semestres ; durée du séjour (acculturation) ; problèmes financiers ; connaissance ou conscience élevée du counseling.
Xie, 2008	Pays: USA Localisation: Université	Design: entretien en face en face (Qual.) Taille: 20 étudiants majoritairement graduées Sexe: 7 M/ 13 F Origine(s): chinoise Âge moyen: 27,8 ans Tranche d'âge moyenne: 23-37 ans	Principaux résultats: La majorité des étudiants étaient conscients et démontraient un certain degré de compréhension des concepts du counseling psychologique, mais ne sont pas familiers avec le processus/procédures de counseling. Ils avaient recours à diverses stratégies d'adaptation en utilisant des ressources internes et externes. Ils ont beaucoup d'attentes des consultations et préfèrent voir un conseiller chinois ou comprenant leur contexte culturel. Leur attitude à l'égard de la consultation est souvent ambivalente (sur le plan intellectuel, ils pensent que le counseling peut être utile, mais sur un plan plus personnel, ils doutent que le counseling puisse vraiment les aider) Barrières: manque de besoins perçus; stigmatisation; manque d'information, de familiarité et confiance; doute de l'utilité; obstacles pratiques (coût, temps, commodité pour consulter, confidentialité) langue et culture différentes des conseillers américains. Facilitateurs: Expérience positive; connaissances; expérience des problèmes psychologiques/émotionnels et des conflits; besoin perçu; foi/ouverture

Meyer, 2010	Pays: USA Localisation: Université	Design: Enquête (Quant.) Taille: 113 (20 EI et 93 EN) étudiants majoritairement Nord-Américain Sexe: Total : 59 M/ 54 F (EI : 12M/ 8F) Origine(s): Diverses Âge moyen: 28,5 ans Tranche d'âge moyenne: 19-43 ans	Principaux résultats: Il y avait aucune relation entre l'attitude à l'égard de la recherche d'aide et la durée de séjour aux USA. L'acculturation (mesurée par la maîtrise autodéclarée de l'anglais) était inversement liée à l'attitude à l'égard de la recherche d'aide (↑acculturation → attitude ↓). Les EN ayant des antécédents de Tx avaient une vision significativement meilleure de la recherche d'aide que les EI avec ou sans antécédents de Tx. Il n'y a pas eu de différence significative d'attitude entre les EI qui ont déjà suivi un Tx et ceux qui n'en ont jamais suivi : donc, le Tx antérieur n'était pas lié à une attitude plus positive. En général, ces étudiants avaient une opinion positive du Tx et les femmes avaient une attitude plus positive que les hommes. Barrières: Acculturation élevée; Le fait d'être un homme Facilitateurs: Être une femme
Tang, 2012	Pays: UK Localisation: Université	Design: Enquête (Quant.) Taille: 323 (86 EI et 237 EN) étudiants au 1 ^{er} cycle Sexe: Total : 164 M/ 157 F (EI : 43M/ 42F) Origine(s): chinoise et Britannique Âge moyen: 20,87 ans Tranche d'âge moyenne: 17-28 ans	Principaux résultats: Les EI avaient significativement moins d'ouverture interpersonnelle que les EN. Il n'y a pas eu de différence significative sur les autres attitudes (comme la reconnaissance du besoin d'aide psychologique, la tolérance à la stigmatisation et la confiance dans les praticiens en SM) entre les 2 groupes. Donc, ils peuvent tous avoir une probabilité potentiellement similaire de s'engager dans des interventions thérapeutiques (bien qu'il puisse y avoir des différences en termes de nature et d'étendue des attitudes exprimées dans une circonstance particulière). Pas de différences significatives entre les sexes en ce qui concerne les attitudes des EI. Barrières potentielles : moins d'ouverture interpersonnelle (dû au sentiment de honte ou de la peur de l'échec) Facilitateurs: Ouverture interpersonnelle ; confiance aux praticiens de la SM.
Li, 2013	Pays: USA Localisation: Université	Design: Méthode Mixte : Enquête (Quant.) /questions ouvertes (Qual.) Taille: 177 étudiants majoritairement gradués Sexe: 79 M/ 98 F Origine(s): Asiatique Âge moyen: 26 ans Tranche d'âge moyenne: 18-47 ans	Principaux résultats: L'expérience antérieure et le stress académique perçu étaient positivement liés à la volonté de EI de demander du counseling pour des problèmes académiques, mais il n'y a eu aucune corrélation significative de l'attitude de chercher de l'aide et le stress académique. On n'a pas trouvé de différence significative entre les niveaux d'éducation en ce qui concerne leur volonté de rechercher un counseling pour des problèmes scolaires (WSC-AP), mais les étudiants de premier cycle sont plus disposés à demander des services que les étudiants diplômés. Les femmes étaient significativement plus disposées à demander du counseling pour des problèmes scolaires que les hommes. Les étudiants semblaient avoir une image stéréotypée de ceux qui recherchaient l'aide pour leur SM (stigmatisation générale de la société à l'égard de la SM). Malgré cela, ils trouvent que le counseling est "utile"; sert à résoudre les problèmes, mais implique aussi de partager ses informations personnelles avec un étranger. Alors, ils le considèrent en dernier recours.

			Barrières : Être un homme ; cultures collectivistes (pression culturelle) ; normes et valeurs culturelles; stigmatisation et stéréotypes. Facilitateurs: Stress ou problèmes scolaires ; expérience antérieure de counseling ; être une femme ; étudiant de premier cycle.
Mesidor, 2014	Pays: USA Localisation: Université	Design: Enquête (Quant.) Taille: 111 (31 EI et 72 AA¹) étudiants majoritairement du 1^{er} cycle et Afro-Américain (AA¹) Sexe: 51 M/ 60 F Origine(s): Diverse Âge moyen: - Tranche d'âge moyenne: 18+ ans	Principaux résultats: Dans l'ensemble, les participants ont obtenu un score de 33,84 (SD = 10,56) à l'Inventaire des intentions de recours au counseling (ISCI), ils sont moins susceptibles de recourir à des services de SM lorsqu'ils ont des problèmes. Mais ils ont des attitudes générales positives à l'égard de la recherche de services de SM. Le contrôle comportemental perçu et la détresse psychologique étaient positivement corrélés aux intentions de recherche d'aide. Les attitudes des étudiants à l'égard de la SM n'influencent pas forcément leurs intentions de recherche d'aide (ce n'est donc pas un facteur prédictif important). Il n'y a pas eu de différence significative dans les scores moyens des intentions des étudiants AA par rapport aux EI. Barrières : - Facilitateurs: Le contrôle comportemental perçu (perception des ressources ou des capacités nécessaires); une détresse psychologique élevée
Lee, 2014	Pays: USA Localisation: Université	Design: Enquête (Quant.) Taille: 114 étudiants majoritairement du 1^{er} cycle Sexe: 46 M/ 68 F Origine(s): Coréenne Âge moyen: 27,3 Tranche d'âge moyenne: 18-45 ans	Principaux résultats: Les préférences des étudiants ont été significativement influencées par la race/ethnicité, l'âge, l'identité professionnelle et l'institution de formation des professionnels de SM. Ainsi, ils préfèrent les thérapeutes ayant une origine raciale/ethnique similaire, qui sont plus âgés (signifie plus expérimentés pour eux) et ceux qui ont reçu leurs formations dans des institutions plus prestigieuses. Le facteur de préférence le plus important pour un professionnel de la SM est la race/ethnicité et l'ordre de préférence de la race/ethnicité est le suivant : Asiatique américain, Européen américain, Indien américain, Afro-américain et Hispanique. Ils préfèrent également les psychologues aux autres professionnels de la SM. Le sexe n'était pas un facteur significatif. Barrières : (Origines différentes, plus jeune, formation dans des écoles moins prestigieuses) des professionnels et pas de psychologues. Facilitateurs: (Même race/ethnie, plus âgés et formés dans des écoles prestigieuses) des professionnels et étant psychologues.
Lee, 2014	Pays: USA Localisation: Université	Design: Enquête (Quant.) Taille: 180 étudiants majoritairement indiens et gradués Sexe: 73 M/ 107 F Origine(s): Asiatiques	Principaux résultats: Le niveau d'acculturation des EI était associé à leur attitude à l'égard de l'adhésion au counseling de groupe, qui est entièrement influencée par la stigmatisation qu'ils perçoivent à l'égard de cette recherche d'aide (↑acculturés → ↓ stigmatisation perçue → ↑ attitude positive à l'égard de l'adhésion au counseling de groupe). Les EI se sentent plus à l'aise à interagir lorsqu'ils sont plus sûrs de l'identité des autres étudiants. Ils ont par exemple indiqué que leur confort à divulguer leurs informations serait plus faible en présence d'un étudiant du même pays d'origine que lorsque les membres du groupe sont composés d'étudiants nationaux ou de EI d'autres pays. En particulier, si leurs problèmes peuvent ne pas être acceptés par leur

		<i>Âge moyen:</i> 24,6 <i>Tranche d'âge moyenne:</i> 19-44 ans	communauté ethnique (par exemple, l'orientation sexuelle). Barrières : Stigma ; être dans le même groupe avec des concitoyens (peur de la désapprobation de leur communauté). Facilitateurs: Acculturation élevée ; être avec des EN ou d'autres EI dans le groupe
Lee, 2014	Pays: USA Localisation: Université	Design: Enquête (Quant.) Taille: 177 étudiants Sexe: 90 M/ 87 F Origine(s): Coréenne <i>Âge moyen:</i> 25,5 <i>Tranche d'âge moyenne:</i> 18-42 ans	Principaux résultats: la stigmatisation publique, l'auto-stigmatisation et les attitudes à l'égard de la recherche d'une aide psychologique étaient des médiateurs significatifs de la relation entre les valeurs culturelles asiatiques et la volonté de rechercher du counseling. Les valeurs culturelles asiatiques prédisaient la volonté des EI de recourir à des services de counseling, car ce facteur peut affecter les 3 médiateurs. Le fait d'avoir des valeurs asiatiques traditionnelles semble augmenter la perception de la stigmatisation du public et de l'auto-stigmatisation : ce qui affecte négativement les attitudes et la volonté de recherche de services. Cependant, les scores des valeurs culturelles asiatiques, de la stigmatisation publique et de l'auto-stigmatisation des services de counseling n'étaient pas significativement corrélés aux intentions de recourir à des services de counseling. La stigmatisation associée aux services de SM peut avoir des composantes culturelles et personnelles pour les EI. Barrières : La forte adhésion aux valeurs asiatiques (collectivisme, conformité aux normes...) ; ↑stigmatisation publique et personnelle vécue. Facilitateurs: -
BongJoo, 2014	Pays: USA Localisation: Université	Design: Enquête (Quant.) Taille: 834 étudiants majoritairement asiatiques gradués Sexe: 304 M/ 530 F Origine(s): Diverse <i>Âge moyen:</i> - <i>Tranche d'âge moyenne:</i> -	Principaux résultats: Les données de l'utilisation des services de counseling universitaires sur 5 ans indiquent qu'une majorité d'EI (n = 638) ont programmé et assisté à une première séance après leur admission. Les services de counseling ont été sous-utilisés par les EI potentiellement à cause de la stigmatisation, du manque de connaissance du counseling, manque de services disponibles culturellement appropriés). Les quatre principales préoccupations présentées étaient: les problèmes relationnels (n = 397), les problèmes d'anxiété (n = 366), les problèmes d'humeur (n = 346) et les difficultés d'adaptation et d'apprentissage (n = 313). Les femmes ont utilisé les services plus que les hommes, mais les EI masculins les ont utilisés que les étudiants masculins en général. Le corps enseignant et le personnel étaient la source de référence la plus fréquente (les EI avaient tendance à chercher de l'aide orientés par ces figures d'autorité). Barrières : Stigmatisation ; manque de connaissances en matière de counseling ; manque de services disponibles culturellement appropriés. Facilitateurs: Avoir des préoccupations (préoccupations relationnelles); être une femme.
Lu, 2014	Pays: Australie Localisation: Université	Design: Enquête (Quant.) Taille: 144 étudiants majoritairement chinois et gradués Sexe: 67 M/ 77 F	Principaux résultats: Les EI représentent une population à haut risque de détresse psychologique (plus élevée que la population générale australienne et que leurs homologues australiens de l'enseignement supérieur). Les EI chinois de cette étude avaient tendance à sous-utiliser les services de SM et à préférer les sources d'aide informelles (internet, livres, amis, famille) à l'aide professionnelle. Ils ont cependant tendance à avoir une attitude plus favorable envers ces services qu'envers les formes d'aide traditionnelles propres à leur culture. Plusieurs EI préfèrent des Tx en

		Origine(s): Asiatique Âge moyen: 24,2 ans Tranche d'âge moyenne: 18-45 ans	face à face aux Tx sur Internet (ceci peut être dû à leur méconnaissance de ce que ces Tx impliquent). Barrières : Coût, transport, contraintes de temps, difficultés/ méconnaissance des symptômes et des services, faible perception de la gravité des symptômes et difficultés linguistiques. Facilitateurs: -
Wong, 2014	Pays: USA Localisation: Université	Design: Enquête quasi-expérimentale (Quant.) Taille: 465 étudiants majoritairement chinois et gradués Sexe: 234 M/ 231 F Origine(s): Asiatique Âge moyen: 26,3 ans Tranche d'âge moyenne: 18-52 ans	Principaux résultats: Les EI qui adhéraient fortement à l'autocontrôle émotionnel et à l'humilité avaient tendance à avoir des attitudes négatives à l'égard de la recherche d'une aide psychologique professionnelle. Ces derniers pouvaient considérer l'expression d'émotions intenses en psychothérapie comme une preuve de faiblesse personnelle, et attacher plus de stigmatisation à la recherche d'une aide psychologique. En ce qui concerne l'humilité, ils peuvent être mal à l'aise pour affirmer leurs besoins et avoir des attitudes plus négatives à l'égard de la recherche d'une aide psychologique, car pour eux, la psychothérapie encourage une concentration sur le soi. Il n'y a pas eu de relations significatives entre la maîtrise des émotions et les symptômes dépressifs ainsi qu'entre l'humilité et les symptômes dépressifs. L'adhésion à la maîtrise des émotions était significativement et négativement liée aux attitudes de recherche d'aide uniquement lors des interactions avec des membres de leur pays d'origine, mais pas avec des pairs américains (↑maîtrise → attitude de recherche ↓). Barrières : Maîtrise des émotions lors d'interactions avec des membres de leur pays d'origine; humilité Facilitateurs: -
Logan, 2017	Pays: Australie Localisation: Université	Design: Enquête (Quant.) Taille: 86 étudiants universitaires de 1^{ère} (27), 2^{ème} (38) et 3^{ème} (21) génération Sexe: 18 M/ 68 F Origine(s): Asiatique du Sud East Âge moyen: 19,4 ans Tranche d'âge moyenne: -	Principaux résultats: Les participants étaient plus susceptibles de déclarer une attitude négative à l'égard de la recherche d'une aide psychologique professionnelle et ceci semblait persister d'une génération à l'autre. Donc, il n'y avait aucune différence dans les attitudes à l'égard de la recherche d'aide selon les générations malgré des différences significatives d'acculturation entre la 1^{ère} et 2^{ème} génération. Il y avait aucune différence significative entre les groupes en ce qui concerne la volonté interculturelle d'interagir. L'anxiété antérieure et les perceptions découlant d'interactions antérieures n'étaient pas importantes pour prédire les attitudes négatives de recherche d'une aide psychologique. Mais, le degré d'ethnocentrisme était associé à des attitudes négatives envers la recherche d'aide (les personnes très attachées à leurs propres valeurs culturelles étaient moins susceptibles d'utiliser les services de SM). Barrières : Ethnocentrisme élevée (dû aux stigmates attachés aux SM); forte adhésion aux valeurs culturelles asiatiques Facilitateurs: Expérience antérieure
Alajlan, 2017	Pays: USA Localisation: Université	Design: Méthode Mixte : enquête (Quant.) / questions ouvertes (Qual.)	Principaux résultats: Les hommes étaient plus susceptibles d'être plus stigmatisés que les femmes qui avaient un score de tolérance plus élevé. Il n'y a pas eu de relation entre le statut marital et le niveau d'éducation avec le score d'intention. Un grand nombre d'étudiants au niveau

		Taille: 162 étudiants Sexe: 90 M/ 72 F Origine(s): Arabie Saoudite (Moyen-Orient) Âge moyen: 28,8 ans Tranche d'âge moyenne: 19-45 ans	de la maîtrise étaient insatisfaits des services de counseling qu'ils avaient reçus de professionnels aux USA. 53,0% des participants ont recouru à des services de counseling pour des raisons personnelles et plusieurs étaient insatisfaits des services qui leur avaient été fournis, 36,0% n'étaient pas disposées à consulter à nouveau, tandis que 64,0% n'étaient pas sûres de le faire. La discrimination était un facteur important qui a empêché ces EI à consulter les conseillers, mais la capacité des conseillers à servir des personnes de cultures différentes a été un facteur important dans le succès du counseling. En général, la plupart des participants ont décrit l'expérience de counseling comme étant positive. Barrières : Services culturellement inappropriés et indisponibilité des conseillers appropriés; peur et honte; être un homme; finances. Facilitateurs: Être une femme, services appropriés.
Galligan, 2017	Pays: USA Localisation: Université	Design: Entrevues semi-structurées (Qual.) Taille: 15 étudiants majoritairement gradués Sexe: 15 M Origine(s): Chinoise Âge moyen: - Tranche d'âge moyenne: 20-40 ans	Principaux résultats: Plusieurs EI ont indiqué qu'ils n'avaient pas cherché du counseling auparavant, car ils étaient incapables de détecter ou d'exprimer leurs problèmes alors que ceux-ci existaient réellement. Le manque de connaissance des services de counseling pouvait les empêcher de chercher de l'aide. La masculinité aurait un impact sur leur perception du counseling mais plusieurs d'entre le renie cette possibilité. Certains EI considéraient les problèmes de SM comme importants, tandis que d'autres estimaient qu'ils n'étaient pas importants ou qu'ils étaient peut-être moins importants que des problèmes de santé physique. Cependant, ils ont reconnu que le counseling est plus développé, plus professionnel, plus efficace et plus digne de confiance aux USA Barrières : Masculinité ; doutes sur l'utilité; absence de besoin ; volonté de s'autogérer; croyances culturelles chinoises ; difficultés linguistiques ; peur du jugement/stigmatisation ; difficulté à identifier les problèmes psychologiques; manque de sensibilisation ; doute sur la confidentialité et la vie privée ; préférence pour d'autres ressources ; barrières logistiques (temps, coûts). Facilitateurs: Difficultés scolaires/problèmes relationnels(les); problèmes de SM graves.
Rhee, 2018	Pays: USA Localisation: Université	Design: Entrevues semi-structurées (CQR) Taille: 13 étudiants majoritairement gradués Sexe: 3 M/ 10 F Origine(s): Thaïlande Âge moyen: 27,5 Tranche d'âge moyenne: 21-40 ans	Principaux résultats: Sur les 13 participants, 5 ont déclaré avoir reçu des services psychologiques dans le passé. Ils utilisent régulièrement les méthodes d'auto-aide (la prière, la méditation, la bibliothérapie) et leur soutien social comme principale stratégie d'adaptation pour faire face aux facteurs de stress aux USA Ils ont vécu des expériences d'adaptation positives et s'adaptaient mieux après la 1ère année aux USA. Certains EI ont eu recours à un soutien social pour faire face au stress de l'acculturation, alors que d'autres ont eu recours à un counseling pendant leur période d'adaptation. Ils avaient une attitude favorable à l'égard du counseling et étaient disposés à consulter en cas de besoin, mais préféraient d'abord utiliser d'autres méthodes d'adaptation (le soutien social) en raison de multiples facteurs. Les services qu'ils ont reçus leur étaient utiles et moins stigmatisés aux USA qu'en Thaïlande. La personnalité et l'apparence d'un conseiller influençaient leur façon de rechercher une aide professionnelle. Par exemple, ils

			préféreraient demander de l'aide à un conseiller qui avait les mêmes antécédents qu'eux (langue, d'âge, de milieu culturel et d'expériences passées) et ils étaient plus disposés à consulter pour des problèmes graves (suicide, viol, faillite). Barrières : Langue (principale préoccupation); le secret de soi (ne veulent pas révéler des informations personnelles aux autres) ; l'accessibilité et le coût des services. Facilitateurs: Forte acculturation; faible adhésion aux valeurs asiatiques.
Tummala-Narra, 2018	Pays: USA Localisation: Collège	Design: Enquête (Quant.) Taille: 465 étudiants de 1^{ère} (104) et +2^{ème} (361) génération. Sexe: 104 M/ 349 F/ 2T /10 X Origine(s): Asiatique Âge moyen: 20,1 ans Tranche d'âge moyenne: 17-29 ans	Principaux résultats: Il y a une association négative entre l'identité ethnique et les attitudes de recherche d'aide selon le sexe (plus forte chez les hommes que chez les femmes). Donc, le fait d'avoir un attachement et un sentiment d'appartenance plus forts à son groupe ethnique était fortement associé à des attitudes moins favorables à la recherche d'aide auprès de professionnels de la SM chez les hommes. Il n'y a pas de différences dans les relations entre les variables selon la nativité (nés aux USA ou à l'étranger). Il n'y a aucune association significative entre le racisme perçu et les attitudes de recherche d'aide. Barrières : Méconnaissance des problèmes; stigmatisation associée à la SM; être un homme Facilitateurs: -
Becker, 2018	Pays: USA Localisation: Université	Design: Enquête (Quant.) Taille: 2596 étudiants majoritairement asiatiques et gradués Sexe: 1356 M/ 1230 F/ 3 T Origine(s): Diverse Âge moyen: 27 ans Tranche d'âge moyenne: -	Principaux résultats: 3 scénarios : (1) recherche d'aide formelle professionnelle; (2) recherche d'aide informelle; (3) recherche d'une combinaison d'aide formelle et informelle et (4) aucune recherche d'aide. Les EI ont utilisé des sources informelles comme principal moyen de soutien pour faire face à presque tous les facteurs de stress avant de chercher une aide professionnelle. Ils cherchent rarement seulement de l'aide professionnelle. Ils ne sont pas forcément familiers avec les lois et les coutumes des USA. La santé physique/ émotionnelle, les problèmes scolaires et familiaux sont des facteurs de stress qui contribuent à la détresse générale à des niveaux plus élevés surtout pour ceux qui cherchaient de l'aide formelle. Les personnes qui n'ont cherché qu'une aide professionnelle ont obtenu les résultats les plus faibles dans toutes ces constructions psychosociales (pleine conscience, sentiment d'appartenance, sentiment de cohérence, intégration et connexion à l'université). Barrières : Niveau de constructions psychosociales↑ (pleine conscience, sentiment d'appartenance, sentiment de cohérence, et intégration et connexion à l'université); ne pas être familier aux lois et coutumes américaines Facilitateurs: Problèmes et situations difficiles; Niveau de constructions psychosociales↓
Nguyen, 2019	Pays: Japon Localisation: Université	Design: Enquête (Quant.) Taille: 268 (201 EI/ 67 EN) étudiants majoritairement	Principaux résultats: Il n'y avait pas de différence statistique entre les EI et EN dans les comportements de recherche d'aide formelle et informelle, mais les pourcentages d'EI et EN cherchant une aide émotionnelle auprès de sources informelles étaient relativement élevés. Les

	Ritsumeikan Asie-Pacifique (APU)	asiatiques Sexe: Total : 98M/ 170 F (EI : 73 M/ 128 F) Origine(s): Asiatique et Japonais Âge moyen: - Tranche d'âge moyenne: 17- 22+ ans	trois sources d'aide les plus courantes chez les EI c'étaient le partenaire, les parents et les amis. Dans l'ensemble, une plus grande proportion d'EN (43,28%) ont cherché une aide émotionnelle auprès de sources informelles que les EI (34,83%). Les EI (9,45%) étaient plus disposés à chercher de l'aide auprès de sources diverses que les EN (4,48%). L'âge s'est avéré être un facteur prédictif significatif des comportements de recherche d'aide. Les EI plus âgés étaient moins disposés à faire face à leurs problèmes émotionnels seuls et cherchaient d'abord de l'aide informelle. Barrières : Stigmatisation, honte et peur; être un homme/ masculinité, être plus âgé. Facilitateurs: Vivre la dépression / stress acculturatif, avoir de connexion sociale, maîtriser l'anglais, avoir un partenaire intime, race, sexe...
Cha, 2019	Pays: USA Localisation: Collège (Californie) Contexte: Étudiants collégiens sans papiers	Design: Entrevue semi- structurée (Qual.) Taille: 30 étudiants Sexe: 14 M/ 16 F Origine(s): Asiatique et Latino Âge moyen: 21,6 ans Tranche d'âge moyenne: -	Principaux résultats: Les participants ont identifié des facteurs de stress liés à leur statut d'immigrant comme leurs craintes pour l'avenir, centrées sur leur incapacité potentielle à obtenir un emploi officiel et à poursuivre une carrière après l'obtention de leur diplôme, les contraintes financières. Plusieurs raisons pouvaient rendre les étudiants réticents à demander des services de SM. D'abord, environ 1/4 des étudiants avaient choisi de ne pas recourir aux soins parce qu'ils pensaient que parler avec un conseiller ne résoudrait pas les problèmes sous-jacents liés à l'immigration qui étaient leur principale source de stress. Donc, il y aurait une perception de futilité des services de SM et une inefficacité à traiter les questions d'immigration. Ces étudiants vivaient aussi plusieurs dimensions de stigmatisation : celle liée à la maladie mentale et celle liée au statut d'immigration (stigmatisation sociale et menaces d'expulsion lorsqu'ils révèlent leur statut). Barrières : La stigmatisation, faible perception du besoin d'aide, scepticisme quant à l'efficacité du Tx, le manque de temps, Ne pas être au courant de la couverture des services, préoccupations qu'en à la vie privée Facilitateurs: -
Arora, 2019	Pays: USA Localisation: École secondaire Contexte: Étudiants AA ² de 9 ^{ème} à 12 ^{ème} et leur perception des SBMH	Design: Groupe Focus (Qual.) Taille: 33 étudiants majoritairement chinois Sexe: 14 M/ 19 F Origine(s): Asiatique Âge moyen: 16,6 ans Tranche d'âge moyenne: 14- 20 ans	Principaux résultats: Plusieurs AA ² ont affirmé ne pas connaître l'existence des services SBMH dans leur école et ont exprimé plusieurs idées fausses sur ces services : ils croyaient que ces services se limitaient à traiter les problèmes de SM graves, tels que le suicide). Ils ont exprimé plusieurs points positifs : l'aspect pratique potentiel et la confidentialité (obtenir des services de SM sans que leurs parents ne soient au courant). Ils ont aussi plusieurs perceptions négatives de ces services: la crainte que les services ne soient pas utiles et que leur besoin en matière de SM ne soient pas comblés; le fardeau engendré par les problèmes logistiques liés à leur utilisation, la possibilité que les prestataires informent d'autres personnes, la stigmatisation et l'inadaptation culturelle des services. Barrières : Le manque de connaissance en SM et des services; les conceptions erronées sur le rôle des prestataires des services SBMH; la stigmatisation/ la honte des parents. Facilitateurs: La praticité potentielle des services et confidentialité associée

Clough, 2019	Pays: Australie Localisation: Université	Design: Enquête transversale quasi-expérimentale (Quant.) Taille: 357 (209 EI/ 148 EN) étudiants Sexe: 105 M/ 252 F (EI : 75 M/ 125 F) Origine(s): Australie et diverse Âge moyen: 23 ans Tranche d'âge moyenne: 17-52 ans	Principaux résultats: Il y a eu aucune différence entre les deux groupes d'étudiants (EI/ EN) en termes de détresse psychologique et des différences sont apparues une fois que l'influence potentielle des différences démographiques a été contrôlée. Les EI ont rapporté des intentions plus faibles pour les pensées suicidaires et des obstacles plus importants à la recherche d'aide. Une plus faible connaissance de la SM (↓MHL) entraînait des attitudes moins favorables à la recherche d'aide. La MHL était plus faible chez les hommes, chez les étudiants qui étudiaient depuis moins longtemps et chez ceux qui n'avaient jamais eu de contact avec les services. Le statut d'EI était le facteur prédictif le plus fort d'une attitude moins favorable à l'accès aux services de SM après contrôle des variables démographiques connexes (le jeune âge/être un homme). Barrières : ↓MHL; être un homme; pas de contact précédent avec les services, durée du séjour court; stigmatisation ; inutilité des Tx Facilitateurs: ↑MHL
Xiong, 2019	Pays: USA Localisation: Université Contexte: Échantillon national (3701 EI Asiatiques; 3649 Américains et 3380 autres EI)	Design: Données secondaires l'ACHA-NCHA (Quant.) Taille: 10 730 (7081 EI / 3649 EN) étudiants Sexe: 5041 M/ 5638 F/ 38 T (EI : 3276 M/ 3767F/ 25 T) Origine(s): Asiatique; Américaine et autres Âge moyen: - Tranche d'âge moyenne: -	Principaux résultats: Les EI asiatiques ne présentent pas des niveaux de détresse mentale plus élevés que les étudiants américains et les autres EI. Il s'est avéré que le sexe et l'état civil ont une incidence sur l'état de SM des EI asiatiques, mais pas les autres variables (heures de travail, moyenne générale (GPA), statut relationnel, niveau d'études et autres). Le niveau de stress et les facteurs de stress personnels avaient un impact sur la SM des EI asiatiques. Les EI asiatiques étaient moins disposés/ ont utilisé les services de counseling beaucoup moins fréquemment que les étudiants américains et les autres EI. Plus les EI asiatiques étaient disposés à demander du counseling, plus ils étaient susceptibles de recourir à ces services. Barrières : Origine asiatique, la stigmatisation Facilitateurs: Avoir des symptômes dépressifs et psychopathologie
Clough, 2020	Pays: Australie Localisation: Université Contexte: Étude pilot évaluant une intervention éducative en ligne pour augmenter la MHL	Design: Expérimentale (Quant.) Taille: 45 (19 témoins/ 26 expérimental) étudiants Sexe: 18 M/ 27 F Origine(s): Diverse Âge moyen: 25,8 ans Tranche d'âge moyenne: 17-52 ans	Principaux résultats: L'intervention a conduit à une augmentation des attitude globales de recherche d'aide, et spécifiquement à une réduction de la stigmatisation après l'intervention par rapport à avant. Malgré les résultats positifs concernant les attitudes de recherche d'aide, l'intervention n'a pas eu d'impact significatif sur les niveaux de MHL des participants. En effet, il y a aucune preuve statistiquement significative que les attitudes n'augmenteraient que si les niveaux de MHL augmentaient également, la MHL était déjà considérablement élevé et aurait pu limiter la capacité des effets de l'intervention à émerger. Il y a eu aucun effet de l'intervention pour les intentions de recherche d'aide. Barrières : ↓MHL Facilitateurs: ↑MHL (intervention éducative)

Huan, 2020	Pays: USA Localisation: Université	Design: Enquête (Quant.) Taille: 110 étudiants Sexe: 57 M/ 53 F Origine(s): Chinoise Âge moyen: - Tranche d'âge moyenne: <20-30 ans	Principaux résultats: Il y a eu peu de preuves que le sexe et la durée du séjour aux U.S, combinés ou individuellement, exerçaient une influence significative sur les attitudes des EI chinois à l'égard de la recherche de services de SM. Selon leurs déclarations, l'attitude de recherche de services des EI qui étaient aux U.S depuis différentes périodes (de -1 an à 3 ans +) ne différaient pas. Pour les EI qui connaissent les services de counseling sur le campus, le sexe n'a pas eu d'effet significatif sur leur attitude à demander des services de SM. Cependant, parmi ceux qui ne sont pas au courant de la disponibilité des services de counseling sur le campus, les hommes ont des attitudes significativement moins positives envers la recherche de services que les femmes. Barrières : Être un homme et le manque d'information Facilitateurs: -
Liu, 2020	Pays: USA Localisation: Université	Design: Entrevue semi-structurée (Qual. Interprétative phénoménologique) Taille: 9 étudiants Sexe: 4 M/ 5 F Origine(s): Asiatique de l'Est Âge moyen: 24,3 ans Tranche d'âge moyenne: 21-28 ans	Principaux résultats: Le niveau d'acculturation des EI était positivement associé à une moindre stigmatisation associée au counseling et à une plus grande confiance au professionnel. Avant de demander du counseling, la perception des EI se conformait fortement au modèle médical caractérisé par la science, le diagnostic, la biologie, les médicaments et la prestation de conseils. Certains ont été déçus par les services reçus en raison du décalage entre leurs attentes et leur expérience réelle avec le manque d'explications perçues. La perception de l'incompétence culturelle des conseillers a aussi été une déception pour certains, mais plusieurs ont décrit des expériences générales positives. Ils ont fait confiance à la qualité et à la confidentialité, ce qui semble faciliter leur comportement de recherche d'aide. Aussi, la majorité préféraient des conseillers ayant des antécédents culturels, des expériences de vie (avoir déjà été EI) et langues similaires. Les résultats sont mitigés : ils semblent avoir confiance aux services de counseling américains, apprécient l'empathie, la capacité d'écoute et l'attitude collaborative des conseillers, mais de l'autre côté, ils ressentent aussi la stigmatisation, et le manque de compétence multiculturelle des thérapeutes. Dans l'ensemble, ils sont optimistes et leur réseau social (ex: les amis) est une source importante d'influence sur leur décision de demander du counseling. Barrières : Stigmatisation; valeurs culturelles asiatiques, ↓ acculturation; manque de compétences culturelles ; barrière linguistique. Facilitateurs: Réseau social ; ↑ acculturation ; facteurs thérapeutiques communs (écoute, empathie et collaboration) ; mêmes antécédents culturels que les conseillers; confiance et confidentialité des services
Lian, 2020	Pays: USA Localisation: Université	Design: Enquête transversale analytique (Quant.) Taille: 222 étudiants majoritairement gradués Sexe: 77 M/ 145 F	Principaux résultats: Les partenaires intimes/amis/parents semblent être les principales sources de recherche d'aide pour les EI. Parler aux parents/amis était leur principale stratégie pour faire face au stress. Les partenaires intimes étaient une source de recherche d'aide plus favorable, car ils ont plus d'influence à encourager à demander des soins de SM. Les EI ont eu un niveau modéré d'intentions de recherche d'aide auprès de médecins pour des problèmes de SM et

Origine(s): Chinoise

Âge moyen: 23,7 ans

Tranche d'âge moyenne:
18+ ans

pourraient choisir demander l'aide des médecins plutôt qu'à des professionnels de la SM. Ils étaient moins susceptibles de chercher de l'aide auprès d'un ministre/chef religieux, mais avaient tendance à chercher de l'aide auprès des enseignants/professeurs pour des problèmes émotionnels et personnels. De mauvaises relations avec ces derniers étaient associées à davantage de symptômes de SM. Ce qui pouvait les amener à chercher de l'aide. Il y a eu un niveau plus élevé d'intentions générales de recherche d'aide en matière de SM associé au soutien social élevé. Il y avait une association négative entre la stigmatisation et les intentions de recherche d'aide ($\uparrow$ stigmatisation $\rightarrow$ $\downarrow$ intentions). Et, les EI ici ont perçu un niveau modéré de stigmatisation pour la recherche d'aide psychologique. Il a été constaté que les étudiants diplômés avaient un niveau plus faible d'intentions de recherche d'aide par rapport aux étudiants de premier cycle et les diverses techniques de réduction du stress et de régulation des émotions qu'ils utilisaient étaient l'exercice, la cuisine, la lecture.

Barrières : Stigmatisation ; être un étudiant diplômé

Facilitateurs: soutien social ; étudiant de 1er cycle; conflits relationnels

Note : F= femme ; M= homme ; T= transgenre; X= autre sexe; SM= santé mentale; Tx= traitement; ATTSPPH= Échelle des attitudes à l'égard de la recherche d'une aide psychologique professionnelle; EI= étudiants internationaux; EN= étudiants nationaux ou domestiques; AA¹= afro-américain; AA²= américain asiatique; CQR= approche qualitative consensuelle; SBMH= service de santé mentale basé à l'école; MHL= littératie en santé mentale; ACHA-NCHA= American College Health Association-National College Health Assessment; SD($\pm$)= écart-type.

Annexe C - Liste non exhaustive des mesures ou instruments de mesure répertoriés dans les articles

Mesure	Définitions	Auteurs	Objectif
ATSPPH	<i>Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help scale</i>	Fischer et Turner's, 1970	Permet de distinguer les étudiants qui ont eu des contacts professionnels de ceux qui n'en ont pas eu.
SL-ASIA	<i>Suinn-Lew Asian Self-identity Acculturation Scale</i>	Suinn, Rickard-Figueroa, Lew, et Vigil, 1987	Évalue l'acculturation des Américains d'origine asiatique et comprend des domaines cognitifs, comportementaux et attitudeux.
MEIM	<i>Multigroup Ethnic Identity Measure</i>	Phinney, 1992	Mesure de l'ethnicité
STS	<i>Spiritual Transcendence Scale</i>	Piedmont, 1999	Teste la spiritualité comme un domaine de la personnalité humaine
AARRSI	<i>Asian American Racism-Related Stress Inventory</i>	Liang et al., 2004	Mesure le stress lié au racisme
WSC	<i>Willingness to Seek Counseling Scale</i>	Gim, Atkinson et Whiteley, 1990	Évalue la volonté de consulter un conseiller pour des problèmes
CSI	<i>College Stress Inventory</i>	Solberg et al. 1993	mesure le stress des étudiants universitaires
ISCI	<i>Intentions to Seek Counseling Inventory</i>	Cash et al. 1975	Mesure l'intention de demander des services de counseling.
IASHMS	<i>Attitudes toward Seeking Mental Health Services</i>	Mackenzie, Knox, Gekoski et Macaulay, 2004	Mesurer les variables de la théorie du comportement planifié comportement (TPB) (les attitudes, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu).
DASS-21	<i>Depression Anxiety Stress Scale</i>	Lovibond et Lovibond, 1995	Évalue la détresse psychologique
SCAS	<i>Sociocultural Adaptation Scale</i>	Ward et Kennedy, 1999)	Examine la confiance dans l'accomplissement de tâches seules aux États-Unis
RGCS	<i>Resistance to Group Counseling Scale</i>	Carter et al., 2001	Évalue l'attitude envers le counseling de groupe.
PAM	<i>Place Attachment Measure</i>	Williams et Vaske, 2003	Évalue l'attachement à un lieu
SSRPH	<i>Stigma Scale for Receiving Psychological Help</i>	Komiya, Good et Sherrod, 2000	Mesure la stigmatisation des étudiants internationaux en matière de recherche d'aide.
FNE	<i>Fear of Negative Evaluation</i>	Leary, 1983	Mesure la peur d'être jugé par les personnes de la même communauté ethnique
ATPFGI	<i>Attitude Toward Providing Feedback in Group Index</i>	Morran et al., 1991	Mesure les conséquences interpersonnelles anticipées et la difficulté à fournir un feedback dans le cadre d'un counseling de groupe.
AAVS-M	<i>Emotional Self-Control and Humility</i>	B. S. K. Kim et al., 2005	Mesure l'adhésion aux valeurs culturelles asiatiques communes à de nombreuses cultures ethniques asiatiques.
CES-D	<i>Center for Epidemiological Studies Depression scale</i>	Kohout, Berkman, Evans et Cornoni-Huntley, 1993	Évalue les symptômes dépressifs au cours de la semaine écoulée
ICP	<i>Inventory of Common Problems</i>	Hoffman et Weiss, 1986	Examine les types de problèmes et le degré de préoccupation qu'ils suscitent chez les participants
AVS	<i>AsianValuesScale</i>	Kim, Atkinson et Yang , 1999	Mesure des valeurs asiatiques
SSOSH	<i>Self-Stigma of Seeking Help Scale</i>	Vogel et al., 2006	Évalue l'auto-stigmatisation associée à la recherche de services de santé mentale
ISCI	<i>Intentions to Seek Counseling Inventory</i>	Cash, Begley, McCown et Weise, 1975	Évalue la volonté d'un individu de rechercher des services pour des problèmes psychologiques et interpersonnels
IWTC	<i>Intercultural willingness to communicate</i>	Kassing, 1997	Évalue la volonté de s'engager dans une communication avec une personne d'un milieu culturel différent
GENE	<i>Generalized Ethnocentrism Scale</i>	Neuliep et McCroskey, 1997	Évalue la mesure dans laquelle les participants jugent une autre culture uniquement en fonction des valeurs et des normes de leur propre culture
STAI	<i>State Trait Anxiety Inventory</i>	Spielberger, 1983	Évalue les niveaux d'anxiété
IUS	<i>Intolerance of Uncertainty Scale</i>	Freeston, Rho' aume, Letarte, Dugas et Ladouceur, 1994	Évalue le degré auquel on ressent l'incertitude comme intolérable
State anxiety	<i>Intergroup Anxiety Scale</i>	Stephan et al., 2002	Évalue les réactions émotionnelles ressenties lors d'une interaction avec un professionnel de santé d'un autre groupe culturel
BAPS	<i>Beliefs About Psychological Services Scal</i>	Département de Counseling Psychologie et de Services d'orientation, Ball State University, Muncie, Illinois.	Recueille des informations détaillées sur les attitudes, les croyances et la volonté des gens de recourir à des services psychologiques
CAMS-R	<i>Cognitive and Affective Mindfulness Scale- Revised</i>	Feldman, Hayes, Kumar, Greeson et Laurenceau, 2007	Mesure le concept de pleine conscience au sein d'un échantillon
<i>Sense of Coherence</i>		Antonovsky, 1993	Évalue le fonctionnement adaptatif des participants en période de stress
BASH	<i>Barriers to Adolescent Seeking Help questionnaire</i>	Kuhl, Jarkon-Horlick et Morrissey, 1997	Mesure la recherche d'aide chez les adolescents
GHSQ	<i>General Help Seeking Questionnaire</i>	Wilson, Deane et Ciarrochi, 2005	Évalue les intentions de recherche d'aide à partir d'un large éventail de sources (tant formelles qu'informelles) et mesure la recherche d'aide chez les adolescents.
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire</i>	Kroenke, Spitzer, Williams, 2001	Mesure le niveau de dépression
SCS	<i>Social Connectedness Scale</i>	Lee et Robbins, 1995	Mesure le niveau de liens sociaux (chez les étudiants nationaux et internationaux).
ASSIS	<i>Acculturative Stress Scale for International Students</i>	Sandhu et Asrabadi, 1994	Mesure du stress acculturatif
IAMHS	<i>Inventory of Attitudes toward Mental Health Services</i>	Mackenzie, Knox, Gekoski et Macaulay, 2004	Évalue les attitudes à l'égard de la recherche d'aide
MHL	<i>Mental Health Literacy Scale</i>	O'Connor et Casey, 2015	Mesure les connaissances sur la santé mentale et les questions connexes
K-10	<i>Kessler-10</i>	Kessler et al., 2003	Fourni une mesure globale de la détresse psychologique, sur le niveau d'anxiété et les symptômes dépressifs au cours des quatre dernières semaines
CSES-RF	<i>Coping Self-Efficacy Scale Reduced Form</i>	Chesney et al., 2006	Mesure la confiance des participants dans l'exécution de comportements d'adaptation face aux défis de la vie